Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

pod redakcją
Ireny Jaros i Renaty Gliwy

Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii

WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Łódź 2016

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Irena Jaros, Renata Gliwa
Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny
Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii
90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173

Recenzent
Józef Porayski-Pomsta

Redaktor inicjujący
Urszula Dzieciątkowska

Redakcja
Monika Poradecka

Skład komputerowy
Mateusz Poradecki

Korekta techniczna
Elżbieta Rzymkowska

Projekt okładki
Stämpfli Polska Sp. z o.o.
Zdjęcie wykorzystane na okładce: © Shutterstock.com

Wydrukowano z gotowych materiałów dostarczonych do Wydawnictwa UŁ
© Copyright by Authors, Łódź 2016
© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2016

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
Wydanie I. W.07208.15.0.K

Ark. druk. 9,75

ISBN 978-83-8088-476-2
e-ISBN 978-83-8088-477-9

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, Lindleya 8
www.wydawnictwo.uni.lodz.pl
e-mail: ksiegarnia @uni.lodz.pl
tel. (42) 665 58 63

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Spis treści

WPROWADZENIE 5

Monika Kaźmierczak

DIALOGICZNA RELACJA LOGOPEDY I PACJENTA 9
DIALOGICAL RELATIONSHIP OF THE SPEECH-LANGUAGE THERAPIST AND PATIENT

Agnieszka Hamerlińska-Latecka

LOGOPEDIA A METODOLOGIA BADAŃ NAUK SPOŁECZNYCH 19
SPEECH THERAPY AND RESEARCH METHODOLOGY OF SOCIAL SCIENCES

Wiesław Chudzik, Renata Gliwa

ROLA I MIEJSCE LOGOPEDY W SZPITALU WIELOSPECJALISTYCZNYM 35
THE ROLE AND PLACE OF A SPEECH THERAPIST AT THE HOSPITAL MULTIDISCIPLINARY

Izabela Ejsmunt-Wieczorek

VERB WORDBUILDING IN CHILD'S SPEECH DEVELOPMENT PROCESS 47
SŁOWOTWÓRSTWO CZASOWNIKA W ROZWOJU MOWY DZIECKA

Ewa Gacka

OPIEKA LOGOPEDYCZNA W OPINIACH RODZICÓW DZIECI
Z ZABURZENIAMI ROZWOJU MOWY. DONIESIENIA Z BADAŃ 57
SPEECH THERAPY CARE IN THE OPINIONS OF PARENTS OF CHILDREN WITH IMPAIRED SPEECH DEVELOPMENT. REPORTS FROM THE STUDY

Renata Marciniak-Firadza

ELEMENTY METODY WERBOTONALNEJ W TERAPII DZIECI
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ 69
VERBOTONAL METHOD ELEMENTS IN THERAPY FOR CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Mirosław Michalik, Anna Cholewiak,
Wojciech Jagiełowicz

NIEMÓWIENIE, MILCZENIE, PRZEMILCZENIE, PAUZA,
CZYLI WIELKIE NIC W TEORII I PRAKTYCE LOGOPEDYCZNEJ 79
MUTISM, SELECTIVE MUTISM, STAYING SILENT, PAUSE – SERIOUS GAPS
IN THE THEORY AND PRACTICE OF SPEECH THERAPY

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Jurek Olszewski, Kalina Owczarek

JAKOŚĆ MOWY ZASTĘPCZEJ U CHORYCH PO USUNIĘCIU KRTANI BEZ PROTEZY GŁOSOWEJ I Z WSZCZEPIONĄ PROTEZĄ GŁOSOWĄ TYPU PROVOX II 95

THE QUALITY OF SUBSTITUTE SPEECH WITH LARYNGECTOMEES PATIENTS WITH OR WITHOUT THE IMPLANTED VOICE PROSTHESIS TYPE PROVOX II

Danuta Pluta-Wojciechowska

DLACZEGO WYMOWA GŁOSEK POLSKICH MOŻE BYĆ TRUDNA DLA CUDZOZIEMCÓW? 103

WHY PRONOUNCING POLISH SOUNDS MAY BE HARD FOR THE FOREIGNERS?

Barbara Sambor

NIEPOŻĄDANE CECHY FONETYCZNE SAMOGŁOSEK A ZABURZENIA CZYNNOŚCI PRYMARNYCH U OSÓB DOROSŁYCH 117

NON-NORMATIVE PHONETIC FEATURES IN VOWELS PRODUCTION AND PRIMARY FUNCTION DISORDERS IN ADULTS

Grażyna Śmiech-Słomkowska

INTEGRACJA NARZĄDU ŻUCIA Z OBWODOWYM NARZĄDEM MOWY 129

INTEGRATION OF MASTICATORY SYSTEM AND VOICE ORGANS

Tomasz Woźniak

ZABURZENIA MOWY DZIECI I MŁODZIEŻY ZE SCHIZOFRENIĄ 135

LANGUAGE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Ewelina Zając

BADANIA KOMPETENCJI KOMUNIKACYJNEJ UCZNIÓW KLAS I–III Z WYKORZYSTANIEM *LOGOPEDYCZNEGO TESTU PRZESIEWOWEGO DLA DZIECI W WIEKU SZKOLNYM* S. GRABIASA, Z.M. KURKOWSKIEGO I T. WOŹNIAKA 143

A STUDY OF COMMUNICATIVE COMPETENCE IN STUDENTS OF CLASSES I-III USING ***SPEECH THERAPY SCREENING TEST FOR SCHOOL CHILDREN*** BY S. GRABIAS, Z.M. KURKOWSKI AND T. WOZNIAK

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

WPROWADZENIE

Logopedię jako naukę należy postrzegać przez pryzmat jej wielowymiarowości – refleksji teoretyczno-badawczej, mającej odbicie w praktyce logopedycznej – oraz jej powiązań z takimi dyscyplinami nauki, jak językoznawstwo, medycyna, pedagogika i psychologia. Współpraca logopedów ze specjalistami reprezentującymi wyżej wymienione dziedziny wiedzy w procesie diagnostyczno-terapeutycznym zaburzeń mowy o różnej etiologii, postulowana i podkreślana w odniesieniu do opieki logopedycznej, gwarantuje jej powodzenie. To podstawowe dla logopedii założenie, zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i pragmatycznym, stało się inspiracją do zaproponowania przedstawicielom różnych dyscyplin naukowych, powiązanych z logopedią, udziału w przedstawianej monografii.

Tom *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii* zawiera wyniki badań oraz wypowiedzi o charakterze teoretycznym naukowców reprezentujących polskie ośrodki akademickie (Łódź, Lublin, Katowice, Kraków, Bydgoszcz): logopedów praktyków, którzy mają możliwość zastosowania w swojej pracy myśli naukowej, językoznawców, lekarzy specjalistów i pedagogów. Bezpośrednią motywacją do powstania tej publikacji było spotkanie naukowe na temat problemów badawczych i diagnostyczno-terapeutycznych w logopedii, połączone z warsztatami, zorganizowane przez Katedrę Dialektologii Polskiej i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego, w którym udział wzięli między innymi autorzy prezentowanych w tomie prac. Skierowane do szerokiego grona słuchaczy spotkanie zgromadziło rzeszę zainteresowanych proponowaną tematyką praktykujących logopedów i studentów studiów logopedycznych z całej Polski. Celem podjętej dyskusji była nie tylko prezentacja działalności naukowo-badawczej, ale przede wszystkim upowszechnianie osiągnięć i najnowszych wyników badań, które mogą być wykorzystane w codziennej praktyce diagnostyczno-terapeutycznej.

Monografia adresowana jest szczególnie do logopedów i studentów kierunków logopedycznych, ale wieloaspektowość omawianych w pracy kwestii sprawia, że prezentowane tu zagadnienia zainteresują także pedagogów, glottodydaktyków, psychologów oraz lekarzy specjalistów z zakresu ortodoncji i laryngologii. Tematyka zamieszczonych prac jest bardzo różnorodna, koncentruje się wokół zagadnień związanych z problemami o charakterze naukowo-badawczym oraz diagnostyczno-terapeutycznym w logopedii, również w wymiarze instytucjonalnym.

Monika Kaźmierczak porusza zagadnienie relacji terapeuta–pacjent. Autorka twierdzi, że w epoce dialogu spotkania logopedy i pacjenta powinny być oparte na zasadach rozmowy twarzą w twarz, na prawdziwej relacji dialogicznej uczestników spotkania, mimo asymetrii wynikającej z zadań obu podmiotów logopedycznych. Wskazuje, że istota dialogu wynikająca z założeń dialogiki nie sprowadza się jedynie do rozmowy jako naprzemiennej wymiany komunikatów, ale jest relacją interpersonalną, będącą efektem otwartości i autentycznego zainteresowania drugim człowiekiem. Spotkania terapeutyczne wymagają obustronnego zaangażowania, wyzwolenia w sobie życzliwości oraz zorientowania na dobro drugiej osoby. Logopeda pełni

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

tu rolę przewodnika profesjonalisty, który sytuuje się na pozycji partnera w toku diagnozy i terapii. Dzięki interakcji opartej na komunikacji werbalnej i niewerbalnej, uwzględniającej możliwości pacjenta, można uzyskać lepsze rezultaty w zakresie rozpoznania, zrozumienia czy akceptacji deficytów w zakresie jego komunikacji.

Agnieszka Hamerlińska-Latecka podejmuje próbę opisu możliwości wykorzystania metodologii typowej dla nauk społecznych w badaniach logopedycznych. W artykule przedstawiony został schemat badania naukowego w logopedii oraz najważniejsze jego etapy. Zwrócono uwagę na konieczność umiejętnego doboru właściwej metody i paradygmatu badawczego. Scharakteryzowano wybrane, najczęściej stosowane metody badawcze, omówiono także strategie badań jakościowych i ilościowych i wskazano możliwości ich wykorzystania w praktyce logopedycznej. Autorka zwraca uwagę na potrzebę rozwijania refleksji etycznej oraz tworzenia komisji etycznych na uczelniach prowadzących studia i badania naukowe z tego zakresu.

W rozdziale autorstwa **Wiesława Chudzika i Renaty Gliwy** poruszono zagadnienie zakresu obowiązków i kompetencji logopedy w szpitalu wielospecjalistycznym. W ostatnich dziesięcioleciach logopeda przestał pełnić jedynie funkcję specjalisty w zakresie usuwania wad wymowy. Zmianie uległo rozumienie pojęcia *opieka logopedyczna*, poszerzył się także jego zakres. Efektem jest zwiększenie liczby obszarów, w których logopedzi mogą nieść pomoc, co w konsekwencji powoduje wzmożone zapotrzebowanie na specjalistów tej dziedziny w placówkach służby zdrowia. Autorzy dokonują przeglądu struktury szpitala wielospecjalistycznego, począwszy od stacjonarnej opieki zdrowotnej, poprzez opiekę ambulatoryjną, podstawową opiekę zdrowotną, po zakłady opiekuńczo-lecznicze, wskazując na ograniczoną rolę logopedy w stosunku do faktycznych potrzeb, wynikającą z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Postulują konieczność uporządkowania i zwiększenia zakresu świadczeń logopedycznych.

Artykuł **Izabeli Ejsmunt-Wieczorek** wpisuje się w obszar prac poświęconych ontogenezie systemu językowego u dzieci. Autorka podjęła zagadnienie słowotwórstwa werbalnego, ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów nabywania i tworzenia czasowników paradygmatycznych, które w dotychczasowej literaturze językoznawczej czy logopedycznej, poświęconej tematyce rozwoju mowy dziecka, pozostawały w cieniu opisów słowotwórstwa rzeczowników, przymiotników czy czasowników denominalnych. Zaprezentowany w artykule materiał językowy pozwala śledzić, w jaki sposób dziecko przyswaja zasady systemu słowotwórczego języka polskiego oraz jak radzi sobie z tworzeniem nowych form słowotwórczych w zakresie czasownika.

Ewa Gacka prezentuje wyniki badań dotyczących oceny dostępności i jakości opieki logopedycznej na terenie Łodzi i w jej okolicach. Grupę badawczą stanowili rodzice dzieci w wieku od niemowlęcego do okresu adolescencji, którzy uczestniczyli w terapii logopedycznej swoich podopiecznych. W badaniach zastosowano technikę ankiety, która miała charakter dobrowolny i anonimowy. Autorka, po przedstawieniu oceny opieki logopedycznej dokonanej przez rodziców, formułuje wnioski wynikające z przeprowadzonych badań, wskazując na te obszary funkcjonowania usług logopedycznych, w których należałoby wprowadzić korekty.

Tematem pracy **Renaty Marciniak-Firadzy** jest jedna z metod stymulacji multisensorycznej – werbotonalna. Autorka, kierując się wynikami badań, dowodzący-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

mi, że problemy z rehabilitacją osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w znacznie mniejszym stopniu wynikają z ich możliwości poznawczych, natomiast w dużej mierze są rezultatem niewłaściwego doboru metod wspomagania oraz trudności z komunikacją, próbuje zachęcić logopedów do aktywnego poszukiwania metod rehabilitacji. Na tle przedstawionych najczęściej stosowanych metod rewalidacji dzieci niepełnosprawnych umysłowo zachęca szczególnie do korzystania z metody werbotonalnej, składającej się z kilku technik, do których należą między innymi: zabawy fonacyjne, rytm ciała, rytm muzyczny, drama, ćwiczenia równowagi, graficzne odwzorowanie rytmów. Autorka omawia w rozdziale trzy z nich, wymienia także szereg zalet tej metody, między innymi usprawnienie artykulacji i fonacji głosu oraz funkcji oddechowych.

Potrzeba naukowego opisu faktu, jakim jest niemówienie, stała się przedmiotem opracowania autorstwa **Mirosława Michalika, Anny Cholewiak** i **Wojciecha Jagiełowicza**, którzy wychodząc od argumentów lingwistycznych, omawiają to zagadnienie z perspektywy typologii zaburzeń mowy oraz fenomenu osoby niemówiącej. Przedstawiają propozycję uwzględnienia w refleksji na temat niemówienia zjawiska tempa wypowiedzi (nietożsamego z tempem mówienia). Odnoszą się także do kompetencji logopedów w zakresie diagnozy i programowania terapii osób niemówiących. Autorzy postulują podjęcie interdyscyplinarnych badań na temat niemówienia, co pozwoliłoby lepiej poznać samo zjawisko i efektywniej niwelować jego skutki.

Porównanie jakości głosu zastępczego u chorych po laryngektomii bez protezy głosowej i z wszczepioną protezą głosową jest tematem rozdziału autorstwa **Jurka Olszewskiego i Kaliny Owczarek**. Prezentowane wyniki uzyskano na podstawie oceny postępów u pacjenta po usunięciu krtani, u którego udało się wypracować mowę przełykową, i u pacjenta z wszczepioną protezą głosową typu Provox II . Autorzy skrótowo przedstawiają historię metod chirurgicznej rehabilitacji głosu po usunięciu krtani, omawiają najnowsze techniki, ze szczególnym uwzględnieniem protez głosowych typu Provox, które w opinii wielu laryngologów i foniatrów zapewniają najlepszą jakość głosu w porównaniu z innymi metodami.

W nurt badań dotyczących bilingwizmu i problemów związanych z nauką języka polskiego jako obcego wpisuje się praca **Danuty Pluty-Wojciechowskiej**. Autorka zwraca uwagę na występowanie przeszkód w wymowie polskich spółgłosek w przypadku obcokrajowców oraz omawia różne czynniki, które mogą być przyczyną trudności w uzyskaniu normatywnego brzmienia głosek języka polskiego. Jednocześnie wskazuje na konieczność zastosowania metodyki logopedycznej w przypadku ich występowania u osób uczących się języka polskiego.

Wypowiedź **Barbary Sambor** poświęcona jest prezentacji wyników badań zależności między zaburzeniami pierwotnych wzorców połykania i pozycji spoczynkowej języka podczas oddychania a nienormatywną artykulacją samogłosek w wieku dorosłym. Autorka zwraca uwagę, że w podstępowaniu diagnostycznym dość często dochodzi do pomijania oceny sposobu realizacji samogłosek, tymczasem ich artykulacja może wiązać się ze stosowaniem nieprawidłowych, sekundarnych strategii kompensacyjnych. Brak ingerencji terapeutycznej w obszarze zaburzonych wzorców prymarnych skutkuje problemami z utrwaleniem prawidłowej motoryki w trakcie artykulacji.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Grażyna Śmiech-Słomkowska podejmuje rozważania na temat związku narządu żucia z narządem mowy w artykułowaniu dźwięków. Przedstawia cechy budowy oraz fizjologiczne czynności narządu żucia na różnych poziomach rozwoju dziecka. W warunkach fizjologicznych, przy prawidłowym słuchu, wymowa zależy od właściwego funkcjonowania wszystkich elementów anatomicznych narządu żucia, to jest warg, zębów i ich ustawienia w łukach zębowych, wzajemnych relacji łuków zębowych, położenia żuchwy w stosunku do szczęki, języka (jego masy, ułożenia, napięcia mięśniowego), podniebienia twardego, podniebienia miękkiego (głównie jego napięcia mięśniowego). Zaburzenie jednego elementu powoduje dysfunkcje w obrębie innych z nim powiązanych, w konsekwencji przyczyniając się do powstania wad wymowy.

Artykuł **Tomasza Woźniaka** poświęcony jest analizie porównawczej zaburzeń mowy występujących u dzieci ze schizofrenią w początkowej fazie, z patologią mowy diagnozowaną u młodzieży i dorosłych ze schizofrenią. Analiza dyskursu dialogowego i narracyjnego, będąca podstawą obserwacji obu grup badanych, skłania Autora do wniosków mających zastosowanie w programowaniu terapii logopedycznej.

Jakościowa i ilościowa charakterystyka możliwości językowych dzieci na pierwszym etapie edukacyjnym, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci rozpoczynających naukę, to przedmiot rozważań **Eweliny Zając**. Autorka w syntetycznym ujęciu przedstawia właściwości języka dzieci sześcio-, siedmio-, ośmio- i dziewięcioletnich, rozumiane jako cechy swoiste mowy dziecka. Wyniki badań przeprowadzonych z wykorzystaniem *Logopedycznego testu przesiewowego dla dzieci w wieku szkolnym* S. Grabiasa, Z.M. Kurkowskiego i T. Woźniaka obrazują sprawność językową uczniów rozpoczynających naukę i dzieci, które mają za sobą pewien okres pracy szkolnej i znajdują się na pograniczu „skoku programowego". Analiza formy dźwiękowej zgromadzonych wypowiedzi wskazuje znaczną poprawność w zakresie posługiwania się środkami językowymi zgodnymi z obowiązującą normą fonetyczną. Pewne odstępstwa uwidaczniają się w postaci upraszczania grup spółgłoskowych, zniekształcania wyrazów, a także zastępowania najtrudniejszych dźwięków formami łatwiejszymi. Autorka podkreśla rolę rodziców i szkoły w osiąganiu precyzji językowej dzieci oraz wskazuje obszary, które powinny być objęte intensywną stymulacją.

* * *

Składamy serdeczne podziękowania Autorom zamieszczonych tekstów za ich życzliwy udział w edycji tego tomu. Mamy nadzieję, że zawartość oddawanej do rąk Czytelników monografii *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii* będzie nie tylko źródłem wiedzy, ale i inspiracji do własnych badań.

Irena Jaros, Renata Gliwa

Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii
Wydział Filologiczny Uniwersytetu Łódzkiego

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Monika Kaźmierczak
Uniwersytet Łódzki*

DIALOGICZNA RELACJA LOGOPEDY I PACJENTA

DIALOGICAL RELATIONSHIP OF THE SPEECH-LANGUAGE THERAPIST AND PATIENT

Słowa kluczowe: logopeda, pacjent, dialogiczność, autorytet.
Keywords: speech–language therapist, patient, dialogical, authority.

Wprowadzenie

Mimo wciąż żywych dyskusji wokół współczesnej koncepcji człowieka, jego podmiotowości, wolności, godności oraz postrzegania ludzkiego życia przez kontakty z innymi, współcześnie diagnozowane jest osłabienie, wręcz rozkład więzi społecznych. U jego podstaw leży kryzys człowieka, stąd popularność haseł: „postantropocentryzm", „posthumanizm", wskazujących na dezaktualizację założeń klasycznej humanistyki i wyrażających świat „po człowieku". Obserwowany kryzys komunikacji interpersonalnej wynika z rewizji pojęcia podmiotowości oraz porządku społecznego, ze świadomego zaprzestania, unikania bądź zastępowania dialogu innymi formami, destrukcyjnie wpływającymi na bezpośrednie relacje międzyludzkie. Jedną z odpowiedzi na obserwowany stan rzeczy ma być zwrot ku filozoficznym i antropologicznym nurtom XX i XXI wieku, w tym personalizmowi czy nurtowi egzystencjalno-dialogicznemu.

Życie w epoce dialogu [Szulakiewicz, 2002, s. 21] powinno być zorientowane na jego różne rodzaje: wewnętrzny, domniemany, społeczny, publiczny, dydaktyczny, wychowawczy, edukacyjny, ekumeniczny, kulturowy, dialog między umarłymi i żywymi, dialog egzystencjalny itd. [Ostrowska, 2000, s. 18]. Również w logopedii sytuacja dialogowa może zaistnieć oraz realizować się – dzięki spotkaniu człowieka z człowiekiem: logopedy i pacjenta. Szczególnie pierwszy kontakt, nawet jeszcze przed rozpoczęciem procesu diagnozy, wpływa na powstanie więzi, obdarzenie zaufaniem i szacunkiem, na pozytywną motywację do podejmowanych działań. W toku terapii logopedycznej nacisk jest położony na wspólne osiąganie określonego, optymalnego dla pacjenta celu, którym może być wygaszanie, ograniczanie czy wręcz eliminowanie problemów związanych z zaburzeniem mowy. Ponieważ zachowania językowe uwypuklają zarówno symptomy dysfunkcji, jak też pozytywne stro-

* Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

ny pacjenta, na których buduje się plan i program terapii, w wielu wypadkach zainicjowanie spotkań z logopedą, ich częstotliwość, intensywność oraz jakość, stanowi warunek *sine qua non* sukcesu. Logopeda ma świadomość, że poszanowanie godności pacjenta i własnej wyznacza konieczność zdobycia doświadczenia, które umożliwi stworzenie przyjaznej atmosfery, pozwoli w jak najlepszy sposób zorganizować kolejne spotkania, a formę czy rytm pracy dopasować indywidualnie do pacjenta.

Logopeda, jako organizator spotkań, przyjmuje różne postawy w kontakcie z pacjentem, co wynika między innymi z zaufania do swojej wiedzy i umiejętności, przeświadczenia o znawstwie przedmiotu, zaangażowania w proces diagnostyczno-terapeutyczny, charakteru, otwartości na drugiego człowieka, umiejętności przyjmowania krytyki czy niepowodzeń, wymagań stawianych przez rodzica/opiekuna bądź placówkę, temperamentu itp. Zakłada się, iż relacja pacjent–logopeda jest relacją binarną: indywidualności – pacjenta (przypadku) z zasadą – logopedą (szerszą świadomością budowaną na podstawie wiedzy oraz refleksji opartej na terapii prowadzonej z wieloma pacjentami). Dlatego też terapeuta jest postrzegany, a także oceniany, głównie przez pryzmat kompetencji i umiejętności, które są w znacznym stopniu mierzalne, możliwe do zweryfikowania, pozwalają osiągnąć cel terapeutyczny czy określić skuteczność prowadzonych działań. Rzadziej podkreśla się, że podczas spotkania, czyli obecności człowieka obok lub naprzeciw drugiego, ze względu na określone zachowania (też językowe), następuje proces krystalizacji podmiotowości obu uczestników dialogu, kształtuje się tożsamość i osobowość każdego z nich.

Dialog-rozmowa, dialog twarzą w twarz

Logopeda i pacjent to dwie osoby, które spotykają się w chwili rozpoczęcia procedury logopedycznej. Wówczas ma miejsce dialog, rozumiany jako rozmowa minimum dwóch osób, wymiana komunikatów, myśli, emocji, uzgodnienie stanowisk oraz zbliżenie punktów widzenia, czyli proces interakcyjny w celu porozumienia i zrozumienia się [*Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, 1999, s. 120, sv. *dialog*; Śnieżyński, 1997, s. 139]. Dialog to najważniejszy sposób interakcji międzyludzkiej, którego składową jest również *dialog twarzą w twarz*, nazywany prototypowym aktem mowy (*prototypical speech act*, Levinson) albo fundamentem językowego użycia (*fundamental site of language use*, Clark, Wilkes-Gibbs) [Załazińska, 2006, s. 12]. W takim znaczeniu rozmowę można postrzegać jako dialogiczną formę użycia języka (z gr. *dialogein* – 'rozmawiać'), podstawową dla komunikacji międzyludzkiej [Załazińska, 2006, s. 14]. Używanie języka oraz umiejętność mówienia warunkują kształt i jakość życia człowieka, jak również jego relacji z innymi.

Trudności w analizowaniu dialogu wynikają z jego dynamiki, ulotności i eliptyczności, a niekiedy nawet symultanicznie wygłaszanych monologów. Jako „żywa mowa" dopuszcza pomyłki czy niepoprawne użycie kategorii gramatycznych, zaburzenia suprasegmentalne, znaczną ekspresję ciała, w tym nadmiar gestów i mimiki twarzy, co może być efektem zaangażowania rozmówcy oraz emocjonalności wypowiedzi. Jednak rozumienie twarzy jako konkretnego bytu, „mówiącej" części człowieka, którą można ogarnąć wzrokiem, w pewnej mierze prowadzi do uprzed-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

miotowienia. W sensie filozoficzno-metafizycznym, jaki nadaje dialogika, w dialogu buduje się relacja pomiędzy uczestnikami spotkania, relacja, dzięki której przekracza się ontologię: „Tylko relacja z innym człowiekiem wprowadza wymiar transcendencji i prowadzi do całkowicie innego stosunku niż doświadczenie w zmysłowym sensie terminu, względne i egoistyczne" [Lévinas, 2002, s. 226].

Filozofia spotkania, zwana inaczej filozofią dialogu, ma swoje źródła w buncie przeciwko reifikacji człowieka, przeciw nowożytnemu racjonalizmowi i idealizmowi, zwraca uwagę na etyczny wymiar relacji międzyludzkich [Kłoczkowski, 2005; Zielewska, 2002]. Według Martina Bubera jest to partnerska, wzajemna relacja *Ja–Ty*, Emmanuel Lévinas podkreśla zaś jej niesymetryczność, odrębność podmiotów *Ja––Inny* [Załazińska, 2006, s. 27]. M. Buber zwraca uwagę na (nie)trwałość oraz funkcjonowanie relacji międzyludzkich, E. Lévinasa zajmuje zaś ich geneza i uwarunkowania. Obaj filozofowie podkreślają, że jednostkowa podmiotowość człowieka może się realizować tylko w interakcji z *Ty/Innym*.

Relacja w dialogu

Dla M. Bubera relacja binarna *Ja–Ty* to wybór samego człowieka, który w chwili spotkania dookreśla siebie, szanując podmiotowość *Ty*, traktując każdego uczestnika spotkania jako samodzielną jednostkę, którą jest naprawdę, nie zaś projekcję pewnego wyobrażenia tworzoną przez *Ja*. Prawdziwy dialog wymaga akceptacji odmienności, zakłada też możliwość odpowiadania [Rosner, 2011, s. 19]. Dla M. Bubera konkretna rozmowa toczy się w relacji równowagi oraz wzajemności – każdy z uczestników mówi (nadaje, przekazuje) i słucha (odbiera) [Buczyńska-Garewicz, 1980, s. 882]. W odróżnieniu od relacji wzajemności *Ja–Ty*, która jest „rzeczywistym wyjściem ku drugiemu i byciem z nim" [Buber, 1992, s. 228], zależność *Ja–To/Ono* prowadzi do uprzedmiotowienia partnera spotkania. Zmiana relacji na nierównorzędną jest efektem posiadania (*postrzegam*, *przedstawiam sobie*, *myślę*, *odczuwam*) [Baran, 1991, s. 15] poznawanego przedmiotu, utrzymania dystansu.

W klasycznym ujęciu filozofii dialogu M. Bubera otwarcie na *Ty*, partnerstwo w relacji równorzędnej czy współdziałanie podmiotów może prowadzić do wzajemnego rozumienia oraz poczucia bliskości, które realizuje się przed- i pozawerbalnie, ale też w rozmowie i dzięki niej. Otwartość, wzajemność oraz akceptacja drugiej osoby warunkują prawdziwą rozmowę, prawdziwą komunikację, która nie polega tylko na wymianie informacji za pomocą języka. Właśnie zastępowanie relacji dialogowej *Ja–Ty* monologiem zorientowanym na przedmiot wypowiedzi: *Ja–To/Ono*, odzwierciedla kryzys człowieka.

Relacja *Ja–Ty* M. Bubera, jako odpowiedź na kryzys kultury europejskiej, rodziny i relacji międzyludzkich, wskazuje, że „istoty człowieka nie należy szukać w odłączonych indywiduach, ponieważ naszą istotą jest łączność osoby ludzkiej z pokoleniem, do którego należy, i ze społeczeństwem, w którym żyje. Jeśli więc chcemy poznać istotę człowieka, musimy poznać istotę tej więzi" [Buber, 1993, s. 70]. Pierwotne jest wchodzenie w relację z *Ty* i dążenie do niej, nie zaś zdystansowany ogląd, analiza, kategoryzowanie świata czy redukcjonizm charakterystyczny dla nauk przyrodni-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

czych. Doświadczenie *Ty* jest doświadczeniem całości osoby, czyli jej jedności, nie zaś indywiduum złożonego z wielu różnych części. Jeśli zaistnienie relacji oraz wytworzenie więzi prowadzi do wyłączności, „wówczas można działać, pomagać, uzdrawiać, wychowywać, wspierać, wyzwalać" [Buber, 1991, s. 44].

Również relacja *Ja* z *Innym* E. Lévinasa zachodzi podczas spotkania *twarzą w twarz*, podkreślającą zredukowanie dystansu i skupienie uwagi na drugim. Twarz naprzeciwko wyraża odmienność, osobę, którą można poznawać, choć do ostatecznego i pełnego poznania nie dojdzie ze względu na inność, odmienność podmiotu. *Ja* doświadcza bycia z drugim *twarzą w twarz*, która mówi. Dzięki usytuowaniu naprzeciw pojawiają się zarówno możliwość i potrzeba, jak też prowokacja, wyzwanie, zobowiązanie do podjęcia dialogu. E. Lévinas również nie pojmuje twarzy *Innego* jako konkretnego bytu, lecz początek języka i nadawanego znaczenia w doświadczaniu drugiego. Czynność mówienia poświadcza obecność *Innego*, który, zwracając się twarzą do *Ja*, spełnia warunek do zaistnienia komunikacji, a podczas mówienia uobecnia się w języku, przez język czy dzięki językowi. Wysłuchane słowo oraz mówienie dają możliwość *bycia-w-świecie* [Kłoczowski, 2005, s. 79], wykraczania poza siebie. Wypowiadane frazy, czyli to, co powiedziane, są wtórne wobec samego mówienia.

W odróżnieniu od M. Bubera, E. Lévinas wskazuje, że relacji dialogicznej nie cechuje równorzędność czy wzajemność [Lévinas, 2002, s. 29], pojawia się raczej asymetria i odpowiedzialność za *Innego*, którą rozpatruje się w kategoriach obowiązku [Kozak, 2011, s. 37], gotowości do rezygnacji z siebie, poświęcenia dla *Innego*. Możliwe jest spotkanie, ale nie podporządkowanie *Innego* sobie. W kontekście współczesnej kultury będzie to zatem spotkanie z człowiekiem zagubionym, potrzebującym wejść w relację, mimo różnic i dystansu.

Autorytet w dialogicznej relacji logopeda–pacjent

W logopedii filozofia dialogu znajduje swoje odzwierciedlenie w relacji opartej na wzajemnym szacunku, godności oraz akceptacji jedyności, czyli wyjątkowości podmiotów. Sprzyjają temu zarówno inter- i transakcyjność, jak też transgresyjność. Podczas spotkania zarówno pacjent, jak i logopeda oddziałują na siebie wzajemne, co więcej – poza tym, że każdy wchodzi w akcję z samym sobą, powinien mieć też zdolność przekraczania siebie, wychodzenia do drugiego z poszanowaniem granic jego autonomii oraz wolności. Relację logopedy i pacjenta cechuje jednak asymetryczność.

W tym układzie autorytet epistemiczny [Bocheński, 1993, s. 242], oparty na kompetencjach logopedy, trwa do momentu zakończenia terapii. Odpowiedzialność za pacjenta to odpowiedzialność za organizację spotkań, wybór, ukierunkowanie i – w pewnej mierze – przebieg aktywności. Za Lévinasem można uznać, że odpowiedzialność uwzględnia i każe przyjąć dysproporcje, jednak w gabinecie nie można zapominać o współodpowiedzialności za ostateczny efekt terapii, skoro działania zakładają kreatywność, jak również znaczną samodzielność pacjenta, oczywiście w miarę jego możliwości psychofizycznych. Logopeda pomaga i zachęca, ale też

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

wspiera, dąży do zrozumienia sytuacji problemowych. Dzięki temu może dojść zarówno do odkrycia przez pacjenta trafnego rozwiązania czy rozpoznania własnych możliwości, jak również dostrzeżenia przez logopedę niezaobserwowanych i niesklasyfikowanych wcześniej kompetencji bądź umiejętności pacjenta. Takie spotkanie może prowadzić do weryfikacji programu terapii logopedycznej, co będzie efektem wzajemnego wpływu obu podmiotów[1] logopedycznych.

Uznanie autorytetu epistemicznego wyraża się w zaufaniu pacjenta do logopedy jako znawcy przedmiotu, specjalisty w swojej dziedzinie. Ponieważ terapia nie jest tożsama z sytuacją lekcyjną (zależność uczeń–nauczyciel) bądź zawodową (zależność podwładny–przełożony), logopeda z reguły nie pełni stereotypowo rozumianej funkcji kierowniczej, która kojarzy się z oceną bądź sankcjami. Jednak po części posiada autorytet deontyczny solidarności [Bocheński, 1993, s. 293], gdyż może przyjmować kierowniczą rolę ze względu na pacjenta i cel nadrzędny – skuteczność procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Logopeda organizuje i czuwa nad przebiegiem terapii, weryfikuje poziom wykonania zadań, ale skupia się głównie na pozytywnym motywowaniu do dalszej pracy. Co istotne, podczas terapii logopedycznej może nastąpić zamiana ról. Kiedy logopeda przekazuje część władzy pacjentowi, następuje delegacja autorytetu deontycznego. Z reguły, i w miarę możliwości, pacjent staje się współodpowiedzialnym podmiotem terapii, między innymi dzięki świadomości i akceptacji celów oraz planu działania, wzmocnieniu poczucia bezpieczeństwa, szacunku i otwartości. Następuje wówczas redukcja dystansu, zwiększa się aktywność podczas terapii oraz zaangażowanie w ćwiczenia domowe.

Personalistyczny charakter relacji logopedy i pacjenta wymaga spojrzenia na oboje jako byty osobowe równorzędne, choć wiedza i umiejętności logopedy (byt w akcie) oraz cele i możliwości, projektowana korekta zaburzeń mowy u pacjenta (byt w możności) wyznaczają logopedzie rolę przewodnika. Asymetria nie musi prowadzić do uprzedmiotowienia jednej strony dialogu. Dzięki autorytetowi osobistemu, inaczej moralnemu, logopeda może osiągać dobre wyniki, kiedy dba o partnerską relację, w której następuje otwarcie na drugiego człowieka. Odczuwane są wtedy szczerość intencji oraz poczucie bezpieczeństwa. Pewne podporządkowanie się autorytetowi – logopedzie – nie oznacza bezrefleksyjnego i bezwzględnego posłuszeństwa, ale chętne korzystanie z własnej wolności, niezależności oraz kreatywności pod czujnym okiem przewodnika profesjonalisty, który, wrażliwy na potrzeby innych, aktywizuje pacjenta i wyzwala jego możliwości.

Dzięki autorytetowi osobistemu logopeda nierzadko stanowi wzorzec, który pacjent – świadomie bądź nie – w pewnym stopniu naśladuje i powiela, co może skutkować tożsamością zapożyczoną od terapeuty. Bycie autorytetem, wzorem osobowym, dla niejednego logopedy oznacza konieczność nieustannego samodoskonalenia, ciągłego dopełniania wiedzy, pracy nad sobą, również zmagania się z własnym napięciem emocjonalnym i niwelowaniem oporu przed większym otwarciem na pacjenta i zaangażowaniem w terapię. Na przeszkodzie niejednokrotnie staje poczucie bez-

1 Mimo iż J.M. Bocheński używa określenia „przedmiot autorytetu", czyli ten, „dla którego podmiot autorytetu jest autorytetem" [Bocheński, 1993, s. 202], zgodnie z założeniami niniejszego opracowania pacjent traktowany jest jako podmiot w relacji z autorytetem – logopedą.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

silności czy frustracja, gdy ambitne cele nie zawsze są realizowane w rzeczywistości bądź terapia nie przynosi zakładanych efektów w przewidywanym czasie. Według niektórych dystans emocjonalny oraz skupienie uwagi na wadzie/zaburzeniu mowy gwarantują większą skuteczność prowadzonej terapii.

Dialog logopedy i pacjenta

Dialogiczna relacja logopedy i pacjenta nie jest nastawiona na przedmiot terapii, czyli zaburzenie mowy (*To*), lecz podmiot – pacjenta z zaburzeniem mowy (*Ty/Inny*). Jedyność i samookreślenie, wyjątkowość nieredukowalna do powszechnej czy obcej formy pozwala wchodzić w interakcje *Ja–Ty/Inny*. Rola logopedy jako uczestnika spotkania *Ja–Ty/Inny* oraz przewodnika po świecie mowy może mieć istotne znaczenie w postrzeganiu wady/zaburzenia przez pacjenta, w kształtowaniu ponadindywidualnej oraz jednostkowej tożsamości – tożsamości podmiotowej, która przeciwstawiana jest przyjmowanej oraz wytwarzanej formie, na przykład sposobowi myślenia, mówienia, działania czy bycia.

Dialogiczna relacja *Ja–Ty* w czasie spotkania logopedy i pacjenta jest skuteczniejszą formą komunikacji niż wyrażanie poglądów i jednostkowych doświadczeń w monologu, monologu imitującym dialog bądź dialogu technicznym [Buber, 1992, s. 226]. Cerebracja, czyli doświadczanie *To*, myślenie o otaczającej rzeczywistości, dokonuje się zawsze wewnątrz człowieka. Relacja zachodzi w interakcji, od chwili rozpoczęcia manifestowania intencji i celu, nie zaś dopiero od werbalnego przekazywania treści komunikatu.

W trakcie diagnozy i terapii logopedycznej organizatorem spotkania i inicjatorem dialogu częściej jest logopeda. Choć czasami nabieranie zaufania do logopedy zajmuje kilka wizyt, nie są to chwile stracone. W przypadku najmłodszych stopniowe oswajanie się z miejscem i dorosłym mogą wspierać rodzice/opiekunowie, którzy z czasem powinni ograniczyć swoją rolę do obserwowania terapii, a ostatecznie przestać uczestniczyć w spotkaniach logopedy i pacjenta. Założenie takie wynika ze specyfiki spotkania. Jeśli pacjent będzie bytem relacyjnym – w odniesieniu do – i w zależności od rodzica, może nastąpić zatracenie człowieka-osoby. Podobnie deformacja relacji interpersonalnej następuje wówczas, gdy terapii narzucone są aprioryczne, ideologiczne cele instytucjonalne bądź instrumentalne, które logopeda próbuje wcielać w życie bez względu na pacjenta.

Jeśli spotkania z pacjentem sprowadzają się do funkcji informacyjnej, dotyczą jedynie objaśnienia czy instruktażu niezbędnego dla skuteczności terapii danego zaburzenia mowy, mechanicznych ćwiczeń – odnoszą się do sfery *Ja–To*. Cechują je głównie: ekonomia czasu, skuteczność i nastawienie na wymierny efekt. Poznawcza relacja z otoczeniem nie wyczerpuje sytuacji dialogu, którego wiedzo- i socjotwórczy charakter zakłada poszerzanie słownictwa czynnego i biernego, wzbogacenie ogólnej wiedzy i stymulowanie rozwoju pacjenta, ale również poszerzenie horyzontów logopedy, zgodnie z łacińską maksymą: *Cum doceo, disco*. Dzięki empatii, elastyczności, przekraczaniu własnych horyzontów poznawczych oraz schematów działania, a także kreatywnemu, a zarazem odpowiedzialnemu podejściu, terapeuta może wyzwolić w pacjencie potrzebę kontaktu, *dialogu twarzą w twarz*.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Prawdziwy dialog rozpoczyna się w momencie przejścia od mechanicznego tzw. tropienia z pamięci wiedzy znanej czy prostego wnioskowania do rozmowy wyznaczanej między innymi przez kroki inicjujące, reagujące oraz reaktywujące [Żydek-Bednarczuk, 1994, s. 52–96], czyli przez: pytania zadawane sobie oraz drugiemu, zachęty, aktywne słuchanie, komentowanie wypowiedzi, modyfikację tematu w obopólnym porozumieniu oraz autentyczne i niekłamane zainteresowanie wypowiedziami drugiego. Cyrkularny charakter dialogu w logopedii, czyli gotowość do zamiany ról nadawcy i odbiorcy, zakłada konfrontację własnych opinii z odbiorcą, wymuszającą otwieranie się na drugiego, aktywne słuchanie, przekraczanie swoich granic, dopełnianie tego, co znane, nowymi treściami.

Dialog dopuszcza niewiedzę, poszukiwanie, wątpliwości, odmienne poglądy, autonomię, wzajemne przejmowanie respektów poznawczych, swobodę w formowaniu oraz wygłaszaniu poglądów [Palka, 2003, s. 483]. *Dialog twarzą w twarz* wymaga zainicjowania i podtrzymywania kontaktu (funkcja fatyczna), cechuje go względnie swobodna, gdyż determinowana kulturowo ekspresja werbalna, a także pozawerbalna, podkreślająca bądź nadająca znaczenie współpracy podczas interakcji [Załazińska, 2006, s. 14]. Wówczas odpowiedzi nabierają najbardziej charakterystycznych cech dialogu: są improwizowane, precyzyjne i natychmiastowe, charakterystyczne dla słuchania dialogicznego. Jest ono pewnym ideałem w relacji dialogicznej, lecz podczas realnej rozmowy nierzadko zastępują je mniej doskonałe postawy, jak na przykład: sondowanie interlokutora, forsowanie własnych opinii, brak zrozumienia intencji komunikacyjnych nadawcy [Załazińska, 2006, s. 61].

Dla pacjenta prawdziwy dialog może być końcem alienacji i izolacji, jednocześnie katalizatorem aktywnego działania i organizacji własnego życia. Jest to przejście od traktowania języka jako narzędzia komunikacji do (od)budowania świata pacjenta dzięki językowi i w języku, tłumaczenia rzeczywistości, budowania relacji społecznych oraz dookreślania własnego „ja" [Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 10]. Wiąże się to z poszanowaniem autonomii obu stron dialogu, a wyraża w akceptowaniu inności.

Zakończenie

Zawód logopedy opiera się na akceptacji podmiotowości uczestników procesu diagnostyczno-terapeutycznego [Błachnio, 2001, s. 18; Jeziorska-Bednarz, 2009, s. 7], jest i nauką, i sztuką, i służbą [Cieszyńska, 2005, s. 112]. Wymaga zawieszenia negatywnych emocji, wyzwolenia w sobie życzliwości oraz zorientowania na dobro drugiego. Dlatego w relacji logopedy i pacjenta trzeba pamiętać, że jest to głównie spotkanie człowieka z człowiekiem, nie zaś tylko specjalisty z przypadkiem.

W dialogicznej relacji z pacjentem logopeda jest przewodnikiem, profesjonalistą, który sytuuje się na pozycji znawcy, partnera *Ty/Innego* w toku diagnozy i terapii. Dzięki interakcji opartej na mowie, ale również reagowaniu na sygnały, pozostawaniu w kontakcie wzrokowym, dostosowywaniu się do możliwości pacjenta czy podejmowaniu aktywności *twarzą w twarz*, może następować rozpoznawanie, lepsze rozumienie i akceptacja drugiego, czyli powstanie więzi. Efektem terapii opartej na

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

dialogu zawsze będzie jedyność, nigdy jedność rozumiana jako synteza, upodobnienie dwóch osób. I pacjent, i logopeda pozostają sobą.

Ponieważ znaczną część pacjentów logopedycznych stanowią dzieci bądź dorośli wymagający opieki, często następuje deformacja relacji binarnej, która przechodzi w układ trinarny. Istnieje wówczas konieczność dookreślenia roli trzeciego uczestnika spotkań (rodzica, dziadka, współmałżonka, pielęgniarki, opiekuna i innych), uświadomienia mu współodpowiedzialności za przebieg terapii i komunikację pacjenta, ale również jakość jego życia (*Quality of Life*), którego nie może definiować czy determinować wada/zaburzenie mowy.

Bibliografia

Baran Bogdan, 1991, *Przedmowa*, w: tenże (red.), *Filozofia dialogu*, Kraków, s. 7–35.

Błachnio Krystyna, 2001, *Logopedia jako nauka i służba społeczna*, w: taż, *Vademecum logopedyczne*, Poznań, s. 19–97.

Bocheński Józef Maria, 1993, *Co to jest autorytet?*, w: tenże, *Logika i filozofia. Wybór pism*, tłum. i opr. Jan Parys, Warszawa, s. 187–324.

Buber Martin, 1991, *O Ja i Ty*, tłum. Jan Doktór, w: Bogdan Baran (red.), *Filozofia dialogu*, Kraków, s. 37–56.

Buber Martin, 1992, *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, tłum. Jan Doktór, Warszawa.

Buber Martin, 1993, *Problem człowieka*, tłum. Robert Reszke, Warszawa.

Buczyńska-Garewicz Hanna, 1980, *Martin Buber i dylematy subiektywności*, „Znak", 7, s. 875–889.

Cieszyńska Jagoda, 2005, *Od kompetencji niewerbalnej do językowych realizacji intencji u małych dzieci niesłyszących*, „Logopedia", 34, s. 97–114.

Encyklopedia językoznawstwa ogólnego, 1999, Wrocław.

Grabias Stanisław, 1994, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin.

Jeziorska-Bednarz Ewa, 2009, *Logopedia XXI wieku. Zmieniające się oczekiwania wobec terapeuty zaburzeń mowy*, „Forum Logopedyczne", 16, s. 5–7.

Kłoczowski Jan Andrzej, 2005, *Filozofia dialogu*, Poznań.

Kozak Magdalena, 2011, *Dlaczego Lévinas nie jest filozofem dialogu?*, w: Sabina Kruszyńska, Krystyna Bembennek, Iwona Krupiecka (red.), *Dialog. Idea i doświadczenie*, Gdańsk, s. 33–43.

Lévinas Emmanuel, 2002, *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrzności*, tłum. Małgorzata Kowalska, wstęp Barbara Skarga, Warszawa.

Nowacki Tadeusz, 1999, *Zawodoznawstwo*, Radom.

Ostrowska Urszula, 2000, *Dialog w pedagogicznym badaniu jakościowym*, Kraków.

Palka Stanisław, 2003, *Dialog w dydaktyce ogólnej i praktyce kształcenia*, w: Anna Karpińska (red.), *Teoria i praktyka kształcenia w dialogu i perspektywie*, Białystok, s. 481–487.

Pluta-Wojciechowska Danuta, 2013, *Dokąd zmierza logopedia?*, „Forum Logopedyczne", 21, s. 9–21.

Rosner Katarzyna, 2011, *Dialog jako temat filozofii współczesnej: Buber, Gadamer, Habermas*, w: Sabina Kruszyńska, Krystyna Bembennek, Iwona Krupiecka (red.), *Dialog. Idea i doświadczenie*, Gdańsk, s. 15–32.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Szulakiewicz Marek, 2002, *Filozofia jako dialog. Nadzieje i złudzenia nowego myślenia*, w: Józef Baniak (red.), *Człowiek z przełomu wieków w refleksji filozofii dialogu*, Poznań, s. 21–38.
Śnieżyński Marian, 1997, *Zarys dydaktyki dialogu*, Kraków.
Załazińska Aneta, 2006, *Niewerbalna struktura dialogu: w poszukiwaniu polskich wzorców narracyjnych i interakcyjnych zachowań komunikacyjnych*, Kraków.
Zielewska Beata, 2002, *Dialog we współczesnej edukacji filozoficznej*, Olsztyn.
Żydek-Bednarczuk Urszula, 1994, *Struktura tekstu rozmowy potocznej*, Katowice.

Summary

This text shows that in the era of dialogue, in which – paradoxically – crisis of interpersonal communication is diagnosed, meetings between a speech-language therapist and the patient should be based on the principles of *face-to-face dialogue*, on a real relationship of dialogic participants, despite the asymmetry resulting from the tasks of both sides of speech therapy. Position of the therapist and his authority can't explain the ascendency over the patient. According to the assumption of dialogic, dialogue can't be reduced only to the conversation as alternating exchange of messages, but it is interpersonal relationship, which is the result of openness, genuine interest in other person. Therefore true dialogue should create social relationships.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Agnieszka Hamerlińska-Latecka
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy*

LOGOPEDIA A METODOLOGIA BADAŃ NAUK SPOŁECZNYCH

SPEECH THERAPY AND RESEARCH METHODOLOGY OF SOCIAL SCIENCES

Słowa kluczowe: metodologia, badania jakościowe, badania ilościowe, metody badawcze.
Keywords: methodology, methodology, quality inspections, quantitative examinations, research methods.

Język może być przedstawiany
jako najbardziej skuteczne i precyzyjne
narzędzie poznawania świata
oraz przekazywania danych, informacji i wiedzy,
w którym żadne słowo
nie istnieje bezpodstawnie

[Hejnicka-Bezwińska, 2006, s. 84]

Wprowadzenie

Logopedia związana jest z wieloma naukami, między innymi z medycyną, pedagogiką, pedagogiką specjalną czy też językoznawstwem. Jest to intensywnie rozwijający się dział nauki. Według Viktora Lechty [2011] logopedia bada prawidłowości powstawania, eliminowania i prewencji zaburzonej zdolności komunikacyjnej (ZZK). Aby móc pisać o metodologii w logopedii, konieczne i istotne jest wyjaśnienie przedmiotu jej badań. Mirosław Michalik [2015, s. 35] twierdzi, że logopedia jest jedną z dziedzin ludzkiego poznania. Z kolei Stanisław Grabias [1991, s. 26–28], uznawany za twórcę metodologicznych podstaw współczesnej polskiej logopedii [por. Milewski, Kaczorowska-Bray, 2015], zaznacza, że przedmiotem logopedii jest mowa oraz jej zaburzenia, przy czym mowę ujmuje jako byt złożony z kompetencji językowej, kompetencji komunikacyjnej oraz procesu realizacji tych kompetencji. Obecnie osoby prowadzące badania naukowe związane z przedmiotem logopedii wiążą się metodologicznie z poszczególnymi naukami: pedagogiką, językoznawstwem czy też biologią. W Polsce nie istnieją jeszcze studia doktoranckie z logopedii, ale powstają liczne

* Zakład Pedagogiki Specjalnej i Logopedii, Wydział Pedagogiki i Psychologii, ul. Chodkiewicza 30, 85-064 Bydgoszcz.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

dysertacje doktorskie dotyczące problematyki logopedycznej, będące podstawą nadawania stopni naukowych doktora, z konieczności jednak w zakresie innych dyscyplin [Milewski, Kaczorowska-Bray, 2015, s. 17].

Niniejszy tekst jest próbą powiązania logopedii z metodologią badań nauk społecznych. Zostanie w nim przedstawiony schemat badania naukowego oraz opisane strategie badań jakościowych i ilościowych. Na koniec autorka dokona charakterystyki wybranych metod badawczych oraz podkreśli wagę etyki badań w logopedii.

O metodologii i metodyce

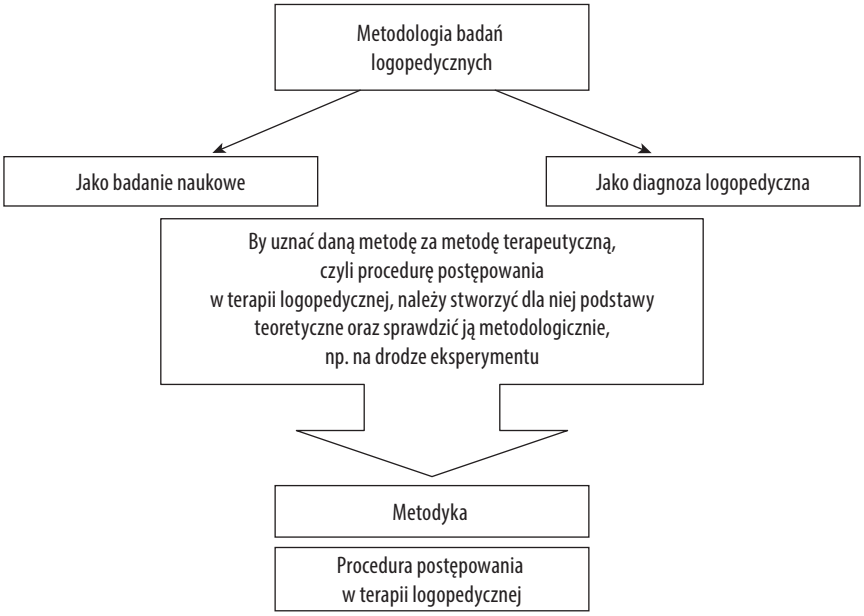
Metodologia odzwierciedla sposób myślenia badacza o podejmowanych zadaniach badawczych, obejmuje więc zarówno uogólnione doświadczenie zbiorowe naukowców – włączając w to i tradycję, i współczesność – jak i indywidualne, innowacyjne poszukiwania poszczególnych jednostek, podejmujących trud rozwiązywania problemów badawczych. Refleksja metodologiczna lokalizuje się więc w trudnym i złożonym obszarze ciągłych poszukiwań ontologicznych i epistemologicznych, stanowi wyzwanie dla każdego badacza, tak na etapie planowania badań, jak i ich realizacji. Ponadto wiąże się z ogromną odpowiedzialnością, jaka spoczywa na osobie badającej, wymaga taktu, etyki, wiedzy i doświadczenia.

Methodos oznacza tyle, co 'iść wzdłuż', 'podążać określonym szlakiem' w przekonaniu, że osiągnie się dzięki temu określony cel. Samo pojęcie „metoda" jest rozumiane jako pewne postępowanie, które wskazuje na określoną drogę, podjętą po to, by osiągnąć założony plan. Pod względem treściowym przez metodę rozumie się ogół zasad i kryteriów, reguł i rytmu oraz faz, które przyjmuje się i realizuje świadomie w perspektywie osiągnięcia zamierzonego celu [Kubinowski, Nowak, 2006, s. 7]. Warto rozróżnić pojęcia „metodyka" i „metodologia". Metodyka to postępowanie praktyczne, natomiast metodologia to postępowanie badawcze. Metodyka jest pojęciem silnie zakorzenionym w praktyce logopedii, ponieważ jest to pewien schemat lub też sposób postępowania, na przykład w przypadku podejmowania działań mających na celu usunięcie, tudzież zminimalizowanie występującego zaburzenia mowy. Dobrym przykładem usystematyzowanej metody stosowanej w logopedii, z wyraźnie określonymi podstawami naukowymi, jest symultaniczno-sekwencyjna nauka czytania Jagody Cieszyńskiej, traktowana przez autorkę jako jeden z elementów szerzej rozumianej metody krakowskiej. Z kolei metodologia badań logopedycznych w monografii pod redakcją Stanisława Milewskiego i Katarzyny Kaczorowskiej-Bray [2015] opisana została jako badanie naukowe w dziedzinie logopedii, ale również jako diagnoza logopedyczna (ryc. 1), czyli rozpoznanie określonego zaburzenia mowy i ocena stopnia jego zaawansowania na podstawie badania logopedycznego, wywiadu z pacjentem lub jego rodzicami (opiekunami) oraz ewentualnie dodatkowych badań innych specjalistów. Jest to więc obszar, w którym metodologia logopedyczna spotyka się z metodyką pracy logopedy, stąd i mogące się pojawiać wątpliwości co do rozgraniczenia tych pojęć. Metodologię częściej wiąże się jednak z obszarem badań naukowych.

Badanie naukowe w logopedii oznacza dokładne, gruntowne poznawanie za pomocą analizy naukowej – rozumowania, obserwacji, eksperymentu i innych metod,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

które zmierzają do rozwiązania jakiegoś zadania teoretycznego lub praktycznego [Zgółkowa, 1994; za: Milewski, Kaczorowska-Bray, 2015]. Istotne jest jednak podkreślenie związku metodyki z metodologią, ponieważ, jak uważa autorka niniejszego tekstu, **nie można uznać danej metody terapeutycznej za skuteczną i wartą rozpowszechnienia, o ile nie zostanie ona sprawdzona i zweryfikowana na drodze procesu badawczego**. Ideę tę odzwierciedla schemat przedstawiony na rycinie 1.


Metodologia badań logopedycznych
Jako badanie naukowe
Jako diagnoza logopedyczna
By uznać daną metodę za metodę terapeutyczną, czyli procedurę postępowania w terapii logopedycznej, należy stworzyć dla niej podstawy teoretyczne oraz sprawdzić ją metodologicznie, np. na drodze eksperymentu
Metodyka
Procedura postępowania w terapii logopedycznej

Ryc. 1. Rozumienie metodologii badań logopedycznych w powiązaniu z metodyką logopedii

Źródło: opracowanie własne.

Należy zauważyć, że logopedia pretenduje do uznania za odrębną dyscyplinę naukową, jednak wciąż w badaniach naukowych powiązana jest z metodologią poszczególnych dziedzin nauk, na przykład w obszarze nauk społecznych – z psychologią bądź pedagogiką.

Etapy procesu badawczego

Prowadzenie badań naukowych w logopedii jest konieczne i zarazem naturalne. Wiążąc logopedię z naukami społecznymi, należy wyjaśnić, na czym polega cały proces badawczy w tych dyscyplinach. Na początek warto ustalić, w którym paradygmacie naukowym mieszczą się opracowywane badania. Dla przykładu – stosując metodologię ilościową, badania opierane są na paradygmacie pozytywistycznym, czyli zwią-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

zanym z modelem wnioskowania hipotetyczno-dedukcyjnym. Z kolei w badaniach jakościowych można oprzeć się na paradygmacie konstruktywistycznym bądź interpretatywnym, czyli związanym z wnioskowaniem indukcyjnym, gdzie nie przyjmuje się wstępnych hipotez, ponieważ hipoteza jest efektem analiz [por. Denzin, Lincoln, 1998]. Przedstawiając etapy procesu badawczego, odwołam się jednak do przykładowych badań pozytywistycznych, gdyż to one w pierwszej kolejności służą gromadzeniu dowodów do potwierdzania skuteczności praktyk logopedycznych, tak jak dzieje się w postulowanym współcześnie modelu medycyny opartej na faktach – EBM (ang. *Evidence-Based Medicine*) [por. portal Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine: http://ebm.org.pl]. Mimo uspołecznienia teorii logopedycznej, należy pamiętać o jej medycznym rodowodzie i potrzebie uwzględniania najlepszych praktyk i trendów diagnostycznych, wypływających również z tego obszaru nauki.

Tabela 1. Etapy procesu badawczego a wybrany problem logopedyczny

Etapy procesu badawczego	Przykładowe rozwiązania metodologiczne w wybranym badaniu z obszaru terapii logopedycznej[3]
Określenie problematyki badawczej	Ocena mowy przełykowej osób po laryngektomii z subiektywnym poczuciem zmiany jakości życia w toku terapii.
Cele badań	Na przykład cel wyjaśniający: Wypracowanie wyjaśnień teoretycznych dla opisywanych efektów terapii logopedycznej.
Hipotezy robocze	H: Mowa przełykowa osób po laryngektomii całkowitej ulega poprawie na skutek udziału w turnusie logopedycznym.
Zmienne i wskaźniki	Zmienna zależna: na przykład mowa przełykowa; wskaźnik: zrozumiałość bardzo dobra, dobra, przeciętna, poniżej przeciętnej, słaba. Zmienna niezależna: udział w rehabilitacyjnym turnusie logopedycznym; wskaźnik: udział, brak udziału.
Metody, techniki, narzędzia badań	Metoda: sondaż diagnostyczny, technika: skala ocen, narzędzie: kwestionariusz autorski opracowany na użytek badań.

Źródło: opracowanie własne z wykorzystaniem etapów procesu badawczego według Maszke, 2008.

Wśród etapów postępowania badawczego – prowadzonego w każdym paradygmacie – na początku określona musi być problematyka badawcza. Dalej powinny zostać określone cele badań, problemy badawcze. Następnie badacz, szczególnie ten sytuujący swoje badania w modelu pozytywistycznym, może sformułować hipotezy robocze[2], dobrać zmienne i wskaźniki, ustalić próbę badawczą i określić teren badań.

1 Przykład został zaczerpnięty z projektu zatytułowanego *Efektywność terapii logopedycznej realizowanej podczas specjalistycznego turnusu dla osób po laryngektomii całkowitej*, realizowanego w ramach Grantu Młodego Naukowca w 2016 roku przez A. Hamerlińską-Latecką.

2 Jak zostało wcześniej zauważone, w badaniach jakościowych hipotezy nie będą formułowane. W niektórych rodzajach badań ilościowych, związanych szczególnie z otwartą formułą eksploracji nowych obszarów problemowych, również nie będą stawiane hipotezy. Może to wynikać na przykład ze zbyt małej wiedzy z określonej tematyki, by formułować niespekulatywne hipotezy. Lepiej wtedy zrezygnować z ich formułowania, a pytania badawcze przyjmują wówczas postać otwartych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Ważnym etapem umożliwiającym przejście do badań właściwych jest wybór metod, opracowanie technik i narzędzi badawczych. Kiedy zostanie opracowana metodologia badań własnych, przeprowadza się badania empiryczne, po których analizuje się dane i wnioskuje, sprawdza się wyniki i weryfikuje się, czy ma ona zastosowanie w praktyce bądź czy powoduje wzrost wiedzy naukowej [Maszke, 2008] (tab. 1).

Badania jakościowe i ilościowe

Głównym celem nauki jest gromadzenie wiedzy, obiektywne i rzetelne poznanie prowadzone przy użyciu trafnych narzędzi. Tadeusz Pilch [2010] wymienia dwie strategie badawcze: strategię badań ilościowych oraz strategię badań jakościowych.

Opis tego, czym są **badania jakościowe** oraz jak powinny być prowadzone, odnaleźć można w artykule Barbary Smolińskiej-Theiss oraz Wiesława Theiss [2010] *Badania jakościowe – przewodnik po labiryncie*. Autorzy podkreślają, że pod pojęciem „badania jakościowe" kryje się mozaika różnych teorii, stanowisk teoretycznych, punktów widzenia, metod, typów i rodzajów badań społecznych wywodzących się przede wszystkim z socjologii. Ponadto zaznaczają, że badania jakościowe to sposoby diagnozowania i analizowania zjawisk w ich kontekście historyczno-społecznym i podmiotowym. Badania jakościowe wywodzą się ze wspólnego korzenia nauk społecznych, humanistycznych, zorientowanych na kulturę i wartości. Akcentują kreatywne, dynamiczne tworzenie świata, nadawanie mu sensów i znaczeń podzielanych we wspólnocie społecznej.

Wymienia się cztery cechy badań jakościowych: **powiązanie z teorią**[3] (czyli określenie paradygmatu badań), **wyjaśnianie** (zazwyczaj są to badania indukcyjne, rzadziej dedukcyjne), **założeniowość – prekonceptualizacja** (założenia pojawiają się w postaci mniej lub bardziej dokładnych ustaleń dokonywanych w punkcie wyjścia[4], a następnie są weryfikowane, precyzowane w ciągu całego procesu badawczego), **kreatywność** (łączenie różnych perspektyw i stanowisk) [Smolińska-Theiss, Theiss, 2010, s. 80].

Do metod badań jakościowych włącza się:

1) obserwację uczestniczącą (z pozycji członka obserwowanej grupy w toku jej funkcjonowania społecznego),
2) wywiad swobodny, narracyjny, otwarty, introspekcyjny, oparty na dialogu (wywiad indywidualny i wywiad grupowy),
3) analizę treści dokumentów osobistych, na przykład listów, pamiętników, z których łatwo wydobyć osobiste rysy badanych osób, ich świat przeżyć wewnętrznych,

3 Cecha ta dotyczy także badań ilościowych.

4 W niektórych odmianach wnioskowania badawczego, na przykład w badaniach hermeneutycznych (H.G. Gadamer) odwołujących się do założeń fenomenologicznych (E. Husserl), zakłada się odrzucenie wszelkiej prekonceptualizacji jako zabieg celowej, metodologicznej redukcji – procedury *epoché*, czyli celowego powstrzymania się od sądów – por. Cogan, http://www.iep.utm.edu/ [dostęp: 16.02.2016].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

4) metodę biograficzną, skoncentrowaną nie tylko na odtwarzaniu faktów życiowych, lecz także na wskazywaniu przez osoby badane zdarzeń kluczowych, znaczących egzystencjalnie, przełomowych,
5) studium przypadku, ujmujące jednostkową sytuację egzystencjalną człowieka w pełnym kontekście historycznym i społecznym.

W toku badań jakościowych poznaje się świat przeżyć wewnętrznych, świat emocji, oczekiwań, nastawień, przeświadczeń, chęci, lęków, obaw, nadziei – dzieci, młodzieży i dorosłych. Poznanie to, jakkolwiek zredukowane do jednego miejsca i czasu, bez możliwości uogólniania wyników na całą populację badanych osób, nacechowane subiektywizmem badaczy i poznawanych osób, jest kluczem do rozumienia i interpretowania postaw i zachowań oraz sytuacji życiowej indywidualnej i społecznej uczniów i wychowanków oraz nauczycieli, wychowawców i rodziców [Palka, 2006, s. 77]. Wśród kryteriów oceny badań jakościowych wymienia się:

1) umożliwienie intersubiektywnego odtworzenia przebiegu procesu badawczego,
2) sprawdzenie adekwatności procedury badawczej do badanego zagadnienia,
3) empiryczne ugruntowanie teorii i empiryczne sprawdzenie teorii,
4) wskazywanie granic ważności wyników,
5) refleksję nad subiektywnością,
6) wewnętrzną zgodność [Urbaniak-Zając, 2006].

Wartościowym artykułem, zawierającym charakterystykę **badań ilościowych**, jest tekst Tadeusza Pilcha [2010] *Strategia badań ilościowych*. Procedura badań ilościowych odznacza się pewną kolejnością. Schemat badań ilościowych ma kształt liniowy i wyróżnia się w nim trzy fazy: fazę tworzenia koncepcji i związanych z tą koncepcją przygotowań, fazę wykonawczo-badawczą oraz fazę opracowywania badań i tworzenia wniosków i uogólnień. W badaniach ilościowych cel badań jest wyraźnie określony przed ich rozpoczęciem. Celem badań może być odpowiedź na pytanie „Jaki jest związek?". Konfiguracja pytań może być różna, ale niemal zawsze pyta się o własności przedmiotu badań i/lub o relacje między jego cechami. Rola pytań badawczych sprowadza się do precyzyjnego określenia pola penetracji badawczej, a także typologii i elementów struktury przedmiotu badań, związków zachodzących między tymi elementami, istoty i siły związków przyczynowych, powiązań przyczynowo-strukturalnych, zewnętrznych i tym podobnych. W badaniach ilościowych problemy badawcze muszą spełniać wysokie wymagania. Powinny wyczerpać swoją treścią całość domniemanej struktury i domniemanych związków zamierzonego przedmiotu badań, jednocześnie być rozłączne, jeśli chodzi o treść, i przedmiotowo ścisłe. Powinny precyzyjnie określić kierunki i przedmiot badań.

Przykładem pytania badawczego może być: „Czy istnieje związek pomiędzy psychospołecznym funkcjonowaniem osób po laryngektomii całkowitej a ich samoocena mowy przełykowej?"[5].

Równie ważne dla organizacji badań ilościowych jest formułowanie hipotez. O ile problemy określają cel badań, o tyle hipotezy bardziej wyznaczają sposób organizacji

5 Przykład został zaczerpnięty z projektu zatytułowanego *Psychospołeczne funkcjonowanie osób po laryngektomii całkowitej*, realizowanego w ramach Grantu Młodego Naukowca w 2014 roku przez A. Hamerlińską-Latecką.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

badań, elementy warsztatu badawczego, na przykład narzędzia badawcze i procedury weryfikacyjne. Hipoteza powinna być konkretna, ale musi wychodzić poza proste stwierdzenie faktów. Powinna być twórcza, to znaczy odkrywcza, niebanalna, ale także „kompetentna", czyli uwzględniająca podstawową znajomość faktów dotyczących przedmiotu badań. Hipoteza powinna być też instruktywna, to znaczy powinna stanowić jasną przesłankę do budowania technik i narzędzi badawczych.

Przykładem hipotezy badawczej może być założenie: „Istnieje związek pomiędzy psychospołecznym funkcjonowaniem osób po laryngektomii całkowitej a ich samooceną mowy przełykowej".

Cechy i właściwości, które pełnią funkcję tak zwanych zmiennych, powinny być przekładalne na język liczb, mierników[6]. Zmienne i wskaźniki to podstawowe kategorie badań ilościowych. Są one stałymi elementami procesu poznania, a ich główną funkcją jest wyrażenie wyników badań w języku liczb i stosunków. Zmienna to logiczny zbiór wartości, empiryczna własność przedmiotu badań, która może mieć co najmniej dwie wartości. Dzięki zmiennym badacz przekształca język pojęć w wartości liczbowe, na których można wykonywać różne operacje statystyczne i na podstawie których można ustalać wzajemne relacje między właściwościami zjawiska lub procesu społecznego. Dzięki właściwym operacjom statystycznym jest się w stanie określić związki zachodzące między wartościami zmiennych.

Przykładem zmiennych do wyżej przedstawionego pytania i hipotezy badawczej są: „zmienna niezależna – samoocena mowy przełykowej; zmienna zależna – psychospołeczne funkcjonowanie".

Obok pojęcia „zmienna" ważne w metodologii jest pojęcie wskaźnika, czyli przypisanie pewnych wartości liczbowych. Dobór wskaźników, określenie ich wartości lub ustalenie definicji wyrażających ich umowną wartość warunkuje operacyjną sprawność zmiennych, czyli wykonywanie na nich wszelkich manipulacji statystycznych ukazujących istotę badanych zjawisk, jakość i nasilenie związków, wyjaśnienia przyczynowe, prawdopodobieństwo wystąpienia takich związków lub następstw w przyszłości.

Wskaźnikiem dla zmiennej niezależnej – „samoocena mowy przełykowej" może być ocena: „wysoka, powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej, niska".

Wśród metod stosowanych w strategii badań ilościowych wyróżnia się sondaż diagnostyczny, monografię problemową i instytucji, eksperyment pedagogiczny, studium przypadku. Stosowanymi technikami są: skale, kwestionariusze inwentarzowe, wywiady kwestionariuszowe, ankiety, badanie dokumentów, różne odmiany obserwacji, techniki socjometryczne, techniki projekcyjne. Z kolei stosowanymi narzędziami są: arkusze, kwestionariusze, skale.

W logopedii od dawna dyskutuje się nad brakiem lub niewystarczającą liczbą wystandaryzowanych narzędzi. Najczęściej stosowane kwestionariusze przybierają formę opisu badanego zjawiska, ale nie można na ich podstawie dokonać przeliczenia ocenianych funkcji. **Co oznacza, że dane narzędzie jest wystandaryzowane?** Wy-

6 Warto podkreślić, że hipoteza, która nie potwierdziła się, jest także ważnym osiągnięciem poznawczym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

standaryzowane narzędzie to taki sposób opracowania, aby pytania, rangi skali i narzędzia pomiaru były w każdych okolicznościach takie same. Narzędzia wystandaryzowane nie wymagają interwencji badającego. Zawarte w nich pytania i dyspozycje są ściśle i jednoznacznie sformułowane. Ważnym zjawiskiem jest także rzetelność i trafność. **Rzetelność** narzędzia, oznacza takie skonstruowanie, że zastosowanie go do takich samych celów wobec tego samego przedmiotu badań daje za każdym razem takie same rezultaty. Z kolei **trafność** narzędzia lub techniki oznacza stopień, w jakim narzędzie mierzy wiernie to, co w założeniu badawczym mierzyć powinno [Pilch, 2010].

Wybrane metody badawcze

Metody badawcze to określone sposoby postępowania badawczego [Łobocki, 2009, s. 225]. Na rzecz niniejszego artykułu autorka zdecydowała się opisać: obserwację, eksperyment, sondaż diagnostyczny, studium przypadku oraz wywiad narracyjny, jako jedne z najczęściej wykorzystywanych metod w badaniach związanych z przedmiotem logopedii.

Obserwacja

Mieczysław Łobocki [2009] uznaje, że obserwacja stanowi osobliwy sposób postrzegania, gromadzenia i interpretowania poznawanych danych w naturalnym ich przebiegu i pozostających w bezpośrednim lub pośrednim zasięgu widzenia i słyszenia obserwatora. Dalej autor zauważa, że podstawowymi składnikami obserwacji są – oprócz postrzegania określonego zjawiska – także gromadzenie i interpretowanie związanych z nim danych obserwacyjnych, czyli dokonanych spostrzeżeń. Najpierw postrzega się interesujące badacza zjawisko, zgodnie z postawionym celem badawczym, następnie utrwala się dostrzeżone dane, a na końcu dokonuje się próby ich zinterpretowania. Obserwacja umożliwia na przykład poznawanie zachowania dziecka w jego naturalnych warunkach. Wśród cech obserwacji wymienia się:

1) celowość – obserwacja nastawiona jest na jasno i wyraźnie uświadomiony przez obserwatora cel badawczy,
2) planowość – obserwacja prowadzona jest w sposób zorganizowany, według ściśle określonego planu,
3) dokładność – obserwacja jest wierna (nie jest zniekształcona wskutek obecności obserwatora), wyczerpująca (obejmuje wszystkie dane) i wnikliwa (nie pomija szerszego kontekstu obserwowanego zjawiska),
4) obiektywność – obserwacja jest niezależna od osobistych i subiektywnych nastawień emocjonalnych lub własnych oczekiwań obserwatora [Łobocki, 2009, s. 227].

Organizując obserwację, bierze się pod uwagę: treść obserwacji, liczbę obserwowanych osób, liczbę obserwatorów i typ kontaktów z osobami obserwowanymi, czas prowadzonej obserwacji, aktywność obserwatora, uszczegółowienie obserwacji i stopień standaryzacji zapisu danych obserwacyjnych [Janowski, 1989, s. 165–167].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Dla przykładu: w logopedii obserwacja może być wykorzystywana przy badaniu zachowań komunikacyjnych dziecka ze spektrum autyzmu.

Eksperyment

Eksperyment w naukach społecznych pozostaje w ścisłym związku z obserwacją. Jest to metoda polegająca na aktywnym stosunku obserwatora do badanej rzeczywistości. Można ją zastosować w dowolnym czasie i powtórzyć [Łobocki, 2009]. Nawet najbardziej pomysłowo przeprowadzony, precyzyjnie kontrolowany i analizowany eksperyment sam w sobie nic nie wnosi, jeżeli nie jest powiązany różnorakimi więzami z określonym systemem teoretyczny – paradygmatem, wobec którego pełni jedynie służebną rolę [Brzeziński, 2000, s. 14]. Eksperyment, na przykład pedagogiczny, jest zwykle metodą badania zależności między jednym lub kilkoma celowo dobranymi oddziaływaniami natury dydaktyczno-wychowawczej (czyli zmiennymi niezależnymi) a ściśle określonymi skutkami, jakie powstają w wyniku wspomnianych oddziaływań (tj. zmiennymi zależnymi). Kontrolowanie i weryfikowanie w toku przeprowadzanego eksperymentu zależności pomiędzy różnymi zmiennymi określa hipoteza robocza, która jest niezbędnym składnikiem wszelkich badań eksperymentalnych. Przy tworzeniu eksperymentu należy pamiętać o tym, by:

1) badane zjawisko dawało się wywołać,
2) warunki eksperymentu były precyzyjnie określone i poddawały się manipulacji,
3) przeprowadzone badania można było powtórzyć przy zachowaniu tych samych warunków,
4) uzyskane zmiany dawały się zmierzyć [Erlebach, 1970, s. 36; za: Łobocki, 2009].

Posługując się metodą eksperymentu pedagogicznego, można dokonać wysoce prawdopodobnej oceny praktycznej przydatności różnych pomysłów w zakresie usprawniania działalności dydaktycznej i wychowawczej nauczycieli. Stanowi ona źródło inspiracji do unowocześniania pracy dydaktyczno-wychowawczej z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi. Do tego pozwala na bezpośrednią łączność osoby eksperymentującej z szeroko rozumianą praktyką pedagogiczną.

W logopedii eksperyment może być stosowany na przykład w badaniach związanych ze sprawdzeniem efektywności zastosowania określonej metody terapeutycznej czy też porównania efektywności dwóch lub więcej metod.

Metoda sondażu diagnostycznego

Metoda sondażu diagnostycznego uważana jest za metodę mało trafną i mało rzetelną, ale jednocześnie jest często wykorzystywana poprzez zastosowanie ankiety, rozmowy i wywiadu. Badania ankietowe są sposobem zbierania informacji za pomocą zestawu pytań dotyczących bezpośrednio lub pośrednio ściśle określonych problemów badawczych. Zestaw pytań to ankieta lub kwestionariusz ankiety, przybierający na ogół postać drukowanego formularza z podanymi w nim pytaniami i wolnymi miejscami na wpisywanie odpowiedzi lub też gotowymi odpowiedziami. Spośród nich osoby badane

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

wybierają te, które uważają za prawdziwe. Na ogół stosowane są pytania otwarte, które pozostawiają badanym całkowitą swobodę odpowiedzi, lub pytania zamknięte, które przewidują zestawy gotowych odpowiedzi, wymagających jedynie wyboru tej właściwej z punktu widzenia osoby badanej, czyli respondenta [Łobocki, 2009, s. 243].

W logopedii przykładem zastosowania sondażu diagnostycznego jest zbadanie subiektywnej oceny jakości życia osób jąkających się, w oparciu o przygotowany kwestionariusz ankiety.

Studium przypadku

„Studium przypadku" to termin zapożyczony z języka angielskiego (*case study*: *case* – 'przypadek', *study* – 'badanie'). Zdaniem Tadeusza Pilcha i Teresy Bauman [2001, s. 78] metoda ta polega na analizie jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze lub na analizie konkretnych zjawisk natury wychowawczej poprzez pryzmat jednostkowych biografii ludzkich, z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych. W metodologii badań psychologicznych studium przypadku to całościowe, pełne badanie psychologiczne jednej osoby, obejmujące opis wszystkich procesów, funkcji, cech psychicznych oraz zachowań, z uwzględnieniem ich przebiegu i zmian w czasie; jest to psychologiczna monografia wybranej jednostki, często służąca jako ilustracja pewnych procesów czy zjawisk do celów badawczych lub dydaktycznych [Łosiak, 2005, s. 271]. Studium przypadku to metoda badań polegająca na zbieraniu i analizowaniu pod jakimś względem danych dotyczących określonej jednostki lub grupy jednostek. Zbierane i analizowane informacje dotyczą często dużej liczby czynników, cech danego przypadku. W logopedii w ramach studium przypadku może być zastosowana na przykład technika monograficzna, która opisuje jeden fakt, zdarzenie, zagadnienie lub instytucję; innym przykładem jest badanie biograficzne, czyli badanie jednostki, które pozwala poszerzyć wiedzę lub jest wstępem do szerszych badań [Banaszkiewicz, 2015, s. 367].

Studium przypadku może znaleźć zastosowanie w opisywaniu na przykład zaburzeń mowy u osoby z rzadko występującym schorzeniem neurologicznym.

Wywiad narracyjny

W ostatnich latach zaobserwować można znaczny wzrost liczby badań wykorzystujących metodę wywiadu narracyjnego, co jest dostrzegalne w psychologii oraz pedagogice [por. Stemplewska-Żakowicz, Zalewski, 2010]. Autorka niniejszego artykułu zdecydowała się opisać tę metodę głównie dlatego, że pojęcie „narracja" związane jest ze słowem, mową i językiem, a zjawiska te są kluczowe w logopedii. Jest to metoda powiązana z badaniami jakościowymi, które w szczególny sposób podkreślają istotę jednostki, a właśnie w logopedii kładziony jest nacisk na indywidualne podejście do osoby z zaburzeniami.

Istotą wywiadu narracyjnego jest otrzymanie historii o życiu, niebędącej sumą odpowiedzi na zadane pytania, lecz spontaniczną narracją, która nie jest zakłócona inter-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

wencją badacza. Celem wywiadu narracyjnego jest uzyskanie od osoby opowiadającej, czyli od narratora, relacji o życiu lub o wybranych jego fazach. Narrację nagrywa się na dyktafon, a później dokonuje się odsłuchania i przeanalizowania. Cały proces opiera się na określonych założeniach teoretycznych [Kaźmierska, 1997, s. 35].

Korzystając z metody, jaką jest wywiad narracyjny, warto powołać się na strukturę jego przeprowadzania. Pierwszym etapem jest faza rozpoczęcia wywiadu, w której osoba badająca nawiązuje więź z narratorem oraz oswaja go z pojawieniem się dyktafonu. W drugiej fazie następuje stymulacja do opowiadania, kiedy to badacz musi powiedzieć, czego będzie dotyczyła rozmowa. W trzecim etapie zachodzi właściwa narracja, badacz jest słuchaczem, a narrator prowadzi spontaniczną wypowiedź. W kolejnym stadium narrator kończy swoją wypowiedź, a osoba badająca ma możliwość zadawania pytań. Ostatnia część wywiadu narracyjnego to jego zakończenie, wyłączenie dyktafonu i podjęcie luźnej rozmowy mającej na celu „normalizację" sytuacji[7] [Hermanns, 1987; Kaźmierska, 1997].

Wywiad narracyjny w logopedii może być wykorzystywany w przypadku badania osób, u których zaburzenia mowy mają swoje początki już w dzieciństwie i mogą mieć wpływ na psychospołeczne funkcjonowanie w okresie dorastania i w życiu dorosłym, jak na przykład u osób ze zmianami w obrębie twarzy.

Etyka badań w logopedii

Etyka zajmuje się tym, co uważa się za właściwe. Etymologicznie oznacza naukę o obyczajach, zwyczajach, czyli o tym, co przystoi w postępowaniu, co należy czynić. Ogólnie etykę można określić jako teorię wartości moralnych i postępowania moralnego [Migoń, 2013]. Podstawowym zadaniem nauki jest odkrywanie prawdy, a od naukowca oczekuje się moralnego postępowania na drodze do jej uzyskania [Burzyńska, 2012]. Bogdan Śliwerski, powołując się na Czeskie Towarzystwo Badań Pedagogicznych, przedstawia propozycję „Zasad etycznych prowadzenia badań naukowych"[8], zgodnie z którymi prowadzący badania pedagogiczne:

1) czyni to z poszanowaniem wszystkich osób, które są bezpośrednim lub pośrednim przedmiotem badań i dba o to, aby nie narazić ich na straty oraz by nie doszło do naruszenia ich praw;
2) informuje zgodnie z prawdą uczestników badań o ich znaczeniu, celach i problemach, podobnie jak o uzyskanych wynikach badań;
3) uzyskuje zgodę od uczestników na udział w badaniach oraz informuje ich o możliwości odmówienia udziału w każdym momencie procesu badawczego;

7 Przedstawione etapy są jedynie skrótowym opisem wywiadu narracyjnego. Aby głębiej zapoznać się z tą metodą, warto przeanalizować następujące prace: Kurantowicz, Nowak-Dziemianowicz, 2007, Straś-Romanowska, Bartosz, Żurko, 2010 oraz Nowak-Dziemianowicz, 2006.

8 „Zasady etyczne prowadzenia badań naukowych w Polsce" są opracowywane. Autorka uznała, że warto powołać się na propozycję dostrzeżoną przez B. Śliwerskiego, przygotowaną przez czeskich badaczy.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

4) dotrzymuje tajemnicy lub gwarantuje anonimowość informacji uzyskanych w toku badań od ich uczestników;
5) w ich toku stosuje metody pozyskiwania danych, uwzględniając przy tym prawa autorskie;
6) w trakcie procesu badawczego i po upublicznieniu wyników zabezpiecza dane i plany badawcze w taki sposób, aby nie mogło dojść do ich niepowołanego użycia (Prawo o ochronie danych osobowych);
7) upowszechnia wyniki swoich badań osobom, które były ich przedmiotem;
8) nie publikuje wyników badań, gdyby mogło w następstwie tego dojść do naruszenia praw ich uczestników;
9) odpowiada za dokładność i sprawny przebieg procesu badawczego;
10) respektuje zasady pracy naukowej, w tym szczególnie swobodnego, niezależnego i krytycznego myślenia [Śliwerski, 2011].

Przedstawione wyżej zasady odnoszą się także do badań prowadzonych w obszarze logopedii. Badacz musi pamiętać, że ma do czynienia przede wszystkim **z osobą, a opisywane zaburzenia są tylko (i aż) przedmiotem jego badań**. Powinien zatem kierować się taktem i wyczuciem sytuacji. Poza tym osobie badającej powinno zależeć na pogłębieniu wiedzy o człowieku dla dobra jego i innych ludzi w podobnej sytuacji, a nie na potwierdzeniu swoich hipotez.

Logopeda, jako badacz naukowy, może spotkać na swej drodze wiele problemów utrudniających przeprowadzenie badań. Pierwszym z nich jest **uzyskanie zgody na udział w badaniach**, kiedy podejrzewa się bądź już diagnozuje zaburzenia rozumienia u osoby badanej. Udzielając pozwolenia, osoba badana powinna być świadoma tego, na co wyraża zgodę, a ograniczone rozumienie utrudnia jej wydanie. Co więcej, przeprowadzanie badań wśród dzieci wiąże się oficjalnie z uzyskaniem zgody ze strony rodziców bądź opiekunów. Jednak, jeśli zauważa się opór ze strony dziecka, na przykład w momencie przystąpienia do rozwiązywania kwestionariusza, powinno się zaprzestać wykonywania czynności.

Kolejną trudnością jest **zachowanie dyskrecji** oraz **upublicznianie wyników badań**. Czasem niektóre placówki wyrażają zgodę na przeprowadzenie badań na ich terenie, ale nie wyrażają zgody na używanie ich nazwy w upublicznianiu wyników badań. Stosowanie metody studium przypadku, szczególnie przy bardzo rzadkich opisach, jak na przykład przeszczep twarzy, także naraża badanego na to, że przestanie być osobą anonimową. Właściwe byłoby uzyskanie zgody nie tylko na udział w badaniach, ale również na ujawnianie wyników. Warto jednak być czujnym, jak pisze Marian Zdzisław Stepulak [2005], ponieważ czasem trzeba zrezygnować ze zlecenia na rzecz zachowania dobrego imienia badanego.

W etyce badań psychologów wspomina się o **wprowadzaniu w błąd klienta**. Opisywane zjawisko zdarza się także w logopedii. Metoda ta bywa stosowana szczególnie wtedy, gdy na przykład tytuł opracowywanego projektu może spowodować, że osoba badana będzie manipulować pytaniami w kwestionariuszu[9]. W takim przypadku na przykład ukrywa się cel badań, czyli wprowadza się klienta w błąd. Warto wów-

9 W USA istnieją statystyki, według których tylko w niewielu przypadkach udzielono klientom pełnej informacji o celu badań [Stepulak, 2005].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

czas jeszcze raz zastanowić się nad sformułowaniem nazwy lub nad takim sposobem wytłumaczenia celu badań, aby badany rzeczywiście udzielał szczerych odpowiedzi. Paradoksem sytuacji wprowadzania klienta w błąd jest to, że osoba badana ma postępować zgodnie z prawdą, a osoba badająca niekoniecznie[10]. Powinna tu mieć miejsce słynna zasada Kelmana, mówiąca, że po eksperymencie czy też innym badaniu nikt nie może czuć się gorzej niż przed nim [Kelman, 1965; za: Stepulak, 2005].

Pomiędzy osobą badaną a badającą często tworzy się **więź interpersonalna**. Po stronie badacza leży odpowiedzialność za charakter tej relacji – oznacza to, że nie może on przekroczyć pewnej granicy, na przykład bliskości, intymności. Badacz powinien zadbać o atmosferę zaufania i zapewnić bezpieczeństwo.

Warto zaznaczyć, że problem dylematów etycznych w badaniach z zakresu logopedii stał się w listopadzie 2015 roku bezpośrednim impulsem do powołania Komisji do spraw Etyki Badań Naukowych w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy[11]. Komisja służy oceną wniosków badawczych realizowanych na wszystkich kierunkach studiów i we wszystkich katedrach i zakładach wchodzących w skład instytutu, jednak motywacją do utworzenia takiej jednostki była potrzeba poszanowania najwyższych standardów etycznych w projektach badawczych z zakresu logopedii, zgłaszana przez studentów tego kierunku i ich promotorów. Komisje takie tworzone są standardowo na uczelniach medycznych (tzw. komisje bioetyczne, ujmujące szerzej problem relacji znaczenia badań i ich aspektu etycznego w odniesieniu do życia ludzkiego), jak również na wielu uczelniach prowadzących badania z zakresu psychologii (np. wspomniany już Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy powołał komisję etyczną również w Instytucie Psychologii; komisje etyczne działają także na potrzeby psychologów na Uniwersytecie Warszawskim, Gdańskim, Poznańskim, Jagiellońskim, w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej i innych), socjologii (Uniwersytet Warszawski), filozofii (Uniwersytet Jagielloński) czy pedagogiki specjalnej (Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie). W ramach upowszechniania dobrych praktyk należałoby rozważyć podjęcie takich działań także na innych uczelniach i wydziałach, gdzie prowadzone są studia i badania naukowe z zakresu logopedii.

Podsumowanie

Metodologia badań logopedycznych rozwija się bardzo intensywnie. Podejmując się wyzwania prowadzenia badań, należy dobrać metodę badawczą, wybrać odpowiedni paradygmat, umiejętnie przeprowadzić dane badanie oraz pamiętać o zasadach etyki. Na koniec niniejszego artykułu warto podkreślić, że to właśnie paradygmat dostarcza rozwiązań uprawiającym daną dyscyplinę naukową lub typ nauk i obejmuje: zbiór przyjętych założeń, zbiór podstawowych teorii i twierdzeń opisujących i wyjaśniających rzeczywistość lub jej fragment, instrumentarium badawcze, zastosowania

10 Mało etyczne zachowanie.

11 Więcej informacji na stronie Instytutu Pedagogiki UKW: http://www.pedagogika.ukw.edu.pl/jednostka/instytut_pedagogiki/komisja_etyki_badan_naukowych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

osiągniętych wyników badań [Hejnicka-Bezwińska, 2008, s. 493]. Tworzenie badań wymaga od badacza pewnej naukowej wizji, która powinna być poparta teoriami. Pozytywnym aspektem prowadzenia badań będą również implikacje dla praktyki, tak jak ma to często miejsce w logopedii. Oprócz założeń dotyczących ontologii i epistemologii badań logopedycznych istnieje także potrzeba rozwijania refleksji etycznej oraz tworzenia komisji etycznych na uczelniach prowadzących studia i badania naukowe z tego zakresu.

Bibliografia

Banaszkiewicz Agnieszka, 2015, *Studium przypadku (case study) jako metoda badań logopedycznych*, w: Stanisław Milewski, Katarzyna Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk, s. 364–381.

Brzeziński Jerzy, 2000, *Badania eksperymentalne w psychologii i pedagogice*, Warszawa.

Burzyńska Anna, 2012, *Etyka w perspektywie badań pedagogicznych*, w: Katarzyna Grzesiak (red.), *Wokół metodologii badań społecznych. Głos studentów pedagogiki*, Bydgoszcz, s. 99–110.

Cogan John, *The Phenomenological Reduction*, w: *The Internet Encyclopedia of Philosophy*, http://www.iep.utm.edu/ (dostęp: 16.02.2016).

Denzin K. Norman, Lincoln Yvonna S., 1998, *Introduction: Entering the field of qualitative research*, w: ciż (red.), *Collecting and interpreting qualitative materials*, London, s. 1–34.

Grabias Stanisław, 1991, *Logopedia: jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej*, w: Helena Borowiec (red.), *Przedmiot logopedii*, Lublin, s. 26–48.

Hejnicka-Bezwińska Teresa, 2006, *Konsekwencje badawcze wynikające z uznania dyskursów edukacyjnych przedmiotem pedagogiki*, w: Dariusz Kubinowski, Marian Nowak (red.), *Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie*, Kraków, s. 15–33.

Hejnicka-Bezwińska Teresa, 2008, *Pedagogika ogólna*, Warszawa.

Hermanns Harry, 1987, *Narrative Interviews – A New Tool for Sociological Field Research*, Łódź.

Janowski Andrzej, 1989, *Uczeń w teatrze życia szkolnego*, Warszawa.

Kaźmierska Kaja, 1997, *Wywiad narracyjny – technika i pojęcie analityczne*, w: Marek Czyżewski, Andrzej Piotrowski, Alicja Rokuszewska-Pawełek (red.), *Biografia a tożsamość narodowa*, Łódź, s. 35–44.

Kubinowski Dariusz, Nowak Marian, 2006, *Wstęp*, w: ciż (red.), *Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie*, Kraków, s. 7–14.

Kurantowicz Ewa, Nowak-Dziemianowicz Mirosława (red.), 2007, *Narracja – krytyka – zmiana. Praktyki badawcze we współczesnej pedagogice*, Wrocław.

Lechta Viktor, 2011, *Podstawy teoretyczne logopedii*, w: Grażyna Gunia, Viktor Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków, s. 15–33.

Łobocki Mieczysław, 2009, *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Kraków.

Łosiak Władysław, *Studium przypadku*, 2005, w: Jerzy Siuta (red.), *Słownik psychologii*, Kraków, s. 271.

Maszke Albert, 2008, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Rzeszów.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Michalik Mirosław, 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, w: Stanisław Milewski, Katarzyna Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk, s. 32–47.

Migoń Mieczysław, 2013, *Wstęp do etyki. Skrypt*, Gdańsk.

Milewski Stanisław, Kaczorowska-Bray Katarzyna, 2015, *Wstęp*, w: ciż (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk, s. 14–23.

Nowak-Dziemianowicz Mirosława, 2006, *Doświadczenia rodzinne w narracjach. Interpretacje sensów i znaczeń*, Wrocław.

Palka Stanisław, 2006, *Humanistyczne podejście w badaniach pedagogicznych i praktyce pedagogicznej*, w: Dariusz Kubinowski, Marian Nowak (red.), *Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie*, Kraków, s. 75–83.

Pilch Tadeusz, 2010, *Strategia badań ilościowych*, w: Stanisław Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Gdańsk, s. 63–78.

Pilch Tadeusz, Bauman Teresa, 2001, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa.

Smolińska-Theiss Barbara, Theiss Wiesław, 2010, *Badania jakościowe – przewodnik po labiryncie*, w: Stanisław Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Gdańsk, s. 79–102.

Stemplewska-Żakowicz Katarzyna, Zalewski Bartosz, 2010, *Czym jest dobra narracja? Struktura narracji z perspektywy badaczy i klinicystów*, w: Maria Straś-Romanowska, Bogna Bartosz, Magdalena Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii*, Warszawa, s. 17–53.

Stepulak Marian Zdzisław, 2006, *Etyka zawodu psychologa jako przedmiot moralnej i duchowej formacji akademickiej*, „Annales. Etyka w życiu gospodarczym. Problemy etyczne w procesie edukacji", 9, nr 2, s. 27–35.

Straś-Romanowska Maria, Bartosz Bogna, Żurko Magdalena (red.), 2010, *Badania narracyjne w psychologii*, Warszawa.

Śliwerski Bogdan, 2011, *Klinika akademickiej pedagogiki*, Kraków.

Urbaniak-Zając Danuta, 2006, *W poszukiwaniu kryteriów oceny badań jakościowych*, w: Dariusz Kubinowski, Marian Nowak (red.), *Metodologia pedagogiki zorientowanej humanistycznie*, Kraków, s. 209–221.

Zgółkowa Halina (red.), 1994, *Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny*, t. 3, Poznań.

Cytowane strony internetowe

http://ebm.org.pl (dostęp: 16.02.2016).

http://www.iep.utm.edu (dostęp: 16.02.2016).

http://www.pedagogika.ukw.edu.pl/jednostka/instytut_pedagogiki/komisja_etyki_badan_naukowych (dostęp: 16.02.2016).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Summary

The present text is an attempt to connect the speech therapy with the research methodology of the social science. In it an outline of the research and described strategies of quality inspections were presented and quantitative which can be taken in this area. The author made characteristics of chosen research methods as well as is emphasizing the weight of ethics of examinations in the speech therapy.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Wiesław Chudzik, Renata Gliwa
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*, Uniwersytet Łódzki**

ROLA I MIEJSCE LOGOPEDY W SZPITALU WIELOSPECJALISTYCZNYM

THE ROLE AND PLACE OF A SPEECH THERAPIST AT THE HOSPITAL MULTIDISCIPLINARY

Słowa kluczowe: logopeda, opieka zdrowotna.
Keywords: speech therapist, healthcare.

Wstęp

W ostatnich latach mówi się o wzroście poziomu opieki logopedycznej zapewnianej przez oświatę i służbę zdrowia. Jej obecność przy dwóch ważnych filarach gwarantowanych przez państwo wydaje się świadczyć o jej wadze.

W ramach działalności bezpłatnego systemu oświaty pomoc logopedyczna powinna być udzielana przez poradnie lokalizowane przy poradniach psychologiczno-pedagogicznych i gabinety/poradnie logopedyczne funkcjonujące przy niektórych szkołach (najczęściej tych z klasami o charakterze specjalnym i integracyjnym) oraz placówkach publicznych[1] [por. Gliwa, 2015, s. 163–173; Jastrzębowska, 2003b, s. 304].

Przedmiotem prezentowanego omówienia jest określenie zakresu opieki logopedycznej i wskazanie roli logopedy w placówkach służby zdrowia. Intencją autorów

* Wydział Wojskowo-Lekarski, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź.
** Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.

1 Termin *placówka publiczna*, według Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach (Dz.U. 2011 nr 109, poz. 631), oznacza: a) placówki oświatowo-wychowawcze, b) młodzieżowe ośrodki wychowawcze, młodzieżowe ośrodki socjoterapii, specjalne ośrodki szkolno-wychowawcze oraz specjalne ośrodki wychowawcze dla dzieci i młodzieży wymagających stosowania specjalnej organizacji nauki, metod pracy i wychowania, c) ośrodki umożliwiające dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, a także dzieciom i młodzieży z upośledzeniem umysłowym z niepełnosprawnościami sprzężonymi, realizację obowiązku rocznego przygotowania przedszkolnego oraz obowiązku szkolnego i obowiązku nauki, d) placówki zapewniające opiekę i wychowanie uczniom w okresie pobierania nauki poza miejscem stałego zamieszkania.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

jest przedstawienie stanu obecnego i oszacowanie faktycznego zapotrzebowania na specjalistów logopedów w poszczególnych komórkach organizacyjnych placówek wielospecjalistycznych czyli klinikach, oddziałach klinicznych, zakładach i poradniach, wykonujących zadania z zakresu działalności podstawowej szpitala. Autorzy odwołali się do swojej praktycznej wiedzy na temat organizacji opieki zdrowotnej w szpitalu wielospecjalistycznym.

Przedmiot logopedii

Punktem wyjścia do rozważań na temat roli logopedy w placówkach służby zdrowia uczynić należy określenie jego funkcji, która wynika z przedmiotu logopedii [por. Styczek, 1980, s. 10–15; Kaczmarek, 1991, s. 7–18; Jastrzębowska, 2003b, s. 301]. Opieka logopedyczna obejmuje wszelkie działania mające na celu umożliwienie pacjentowi komunikację z otoczeniem poprzez usuwanie zakłóceń czy łagodzenie ich skutków. Służą temu działania diagnostyczne, rehabilitacyjne i profilaktyczne (w ich obszar wpisują się wszelkie czynności mające charakter popularyzatorski czy instruktażowy) [por. Jastrzębowska, 2003b, s. 301]. Niesiona pomoc przyczynia się do poprawy jakości życia pacjentów, ma także wymiar społeczny – prowadzi do zmniejszenia kosztów utrzymywania osób wyłączonych z życia społecznego w efekcie upośledzenia czy zniesienia możności porozumiewania się.

Miejsce logopedy w placówkach opieki zdrowotnej

Status zawodu logopedy i jego droga rozwoju zawodowego jest inna w oświacie i inna w służbie zdrowia. W oświacie logopeda podlega Karcie Nauczyciela, a jego awans zawodowy przebiega analogicznie do pozostałych pracowników oświaty. W służbie zdrowia wymogi stawiane logopedzie są uzależnione od specyfiki placówki, w której jest on zatrudniony i wynikają ze stosownych przepisów regulowanych odpowiednimi rozporządzeniami Ministra Zdrowia (por. poniżej)[2].

2 W rozumieniu Ministerstwa Zdrowia logopeda to osoba, która: a) ukończyła studia wyższe na kierunku lub w specjalności logopedia, obejmujące w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii, b) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła studia podyplomowe z logopedii, obejmujące co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii, c) ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła przed dniem wejścia w życie rozporządzenia studia podyplomowe z logopedii, d) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. i ukończyła studia wyższe w zakresie logopedii, obejmujące co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii i uzyskała tytuł magistra. W dalszej części niniejszych rozważań posługując się terminem *logopeda*, będziemy mieli na uwadze osobę spełniającą co najmniej jedno z powyższych kryteriów. Ustawa zakłada także, że omawianych poniżej świadczeń może udzielać logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii, por. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2002 nr 173, poz. 1419).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Choć w ostatnich latach wzrosła rola logopedy w systemie opieki zdrowotnej i zmienił się jego status – nie jest to tylko specjalista zajmujący się korektą wad wymowy i coraz częściej terapeutów mowy spotykamy w specjalistycznych placówkach medycznych – to polska służba zdrowia wciąż w bardzo ograniczonym zakresie korzysta z umiejętności logopedów.

Regulacje prawne

Rozpoczynając rozważania na temat opieki logopedycznej gwarantowanej przez państwo w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, wyjść należy od podstawowego dokumentu prawnego gwarantującego każdemu obywatelowi dostęp do świadczeń zdrowotnych – Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku. To w niej zawarte powinno być prawo do korzystania z rehabilitacji w przypadku każdego typu niepełnosprawności, a zatem także i wynikającej z utraty zdolności komunikowania się [por. Bitniok, 2010, s. 17].

W artykule 68 Konstytucji ustanowiono prawo każdego obywatela do ochrony zdrowia i równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych oraz zobowiązano władze do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku [Konstytucja RP, art. 68, par. 1–3]. W kolejnym artykule zagwarantowano pomoc osobom niepełnosprawnym w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej [Konstytucja RP, art. 69].

W przytoczonych artykułach nie sformułowano wprost prawa do rehabilitacji w zakresie nienabytych, utraconych bądź pogarszających się możliwości komunikacyjnych, należy zatem postawić pytanie – „czy tak ujęte normy prawne gwarantują obywatelom dostęp do terapii logopedycznej?".

Według Konstytucji szczególną opiekę zdrowotną powinno zapewnić się osobom niepełnosprawnym, dezintegracja czy zniesienie możliwości kodowania i dekodowania informacji powinna zatem prowadzić do orzeczenia o stopniu niepełnosprawności. Tymczasem standardy w zakresie kwalifikowania oraz postępowania dotyczącego orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności zawarte w Rozporządzeniu Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 130, poz. 1328) są dość enigmatyczne. Wymownym komentarzem niech będzie tu uwaga, że w komisji orzekającej o niepełnosprawności nie uwzględnia się logopedy[3]. Jego funkcję przejmuje psycholog, ocenia on między innymi występowanie dysfunkcji psychicznych, warunkujących trudności w samodzielnym funkcjonowaniu, z uwzględnieniem zaburzeń w zakresie procesów poznawczych i emocjonalno-motywacyjnych, a także zaburzeń zachowania werbalnego oraz ruchowego.

W literaturze przedmiotu można trafić na spostrzeżenia, że taki stan powoduje spychanie na margines tzw. polityki komunikacyjno-językowej, wręcz jej bagateli-

3 Członkami powiatowego zespołu oraz wojewódzkiego zespołu są: przewodniczący, sekretarz, lekarze, psycholodzy, pedagodzy, doradcy zawodowi, pracownicy socjalni.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

zowanie, a tym samym wykluczenie z życia społecznego osób (zwłaszcza dorosłych) dotkniętych chorobami powiązanymi z utratą kompetencji komunikacyjnych [por. Bitniok, 2010, s. 17].

Pewne zmiany w zakresie opieki logopedycznej w placówkach służby zdrowia należy wiązać z działaniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), na zlecenie której w 1995 roku zorganizowano Ogólnoeuropejskie Spotkanie Uzgodnieniowe „Postępowania w udarze mózgu", podczas którego opracowano międzynarodowe standardy nowoczesnego leczenia udaru mózgu. W 2005 roku odbyło się drugie Ogólnoeuropejskie Spotkanie Uzgodnieniowe „Postępowania w udarze mózgu", którego efektem była „Deklaracja Helsingborgska – leczenie udaru mózgu", podpisana także przez polskich delegatów[4].

W „Deklaracji Helsingborgskiej" wyznaczono między innymi zasady postępowania w procesie rehabilitacji po udarze mózgu, określono organizację służb medycznych i służb powiązanych z medycznymi, podjęto decyzję o powołaniu oddziałów udarowych, które miały stanowić podstawę zintegrowanej opieki udarowej, opracowano dla nich minimalne kryteria, obejmujące między innymi obecność wielospecjalistycznego zespołu, w skład którego ma wchodzić logopeda, wyznaczono także standardy postępowania (w tym logopedycznego).

W deklaracji założono, że rehabilitacja na oddziale udarowym powinna być prowadzona tak długo, aż nastąpi poprawa stanu zdrowia pacjenta. Ponieważ kluczowym aspektem jest kontynuacja opieki medycznej po wypisie ze szpitala, położono nacisk na dalszą rehabilitację, na przykład na oddziałach rehabilitacyjnych, w specjalistycznych ośrodkach, przychodniach rehabilitacyjnych, ostatecznie w domu pacjenta (przez „ruchomy" zespół rehabilitacyjny). Zalecono ponadto powołanie zespołów udarowych działających poza szpitalem, w terenie. W momencie zakończenia procesu rehabilitacji pacjent powinien bez problemów przejść pod opiekę podstawowej opieki zdrowotnej.

Na podstawie „Deklaracji Helsingborgskiej" w 1997 roku członkowie Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i Zespołu Konsultantów w dziedzinie neurologii oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii opracowali dokument pt. „Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu" [por. http://www.mp.pl/artykuly/1278].

Program ten był częściowo kontynuowany w latach 2003–2008 w ramach „Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD" [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/ppz_polkard_2004.pdf]. Obejmował między innymi działania profilaktyczne, diagnostyczne i leczenie chorób układu krążenia oraz standardy opieki zdrowotnej. Opracowano w nim zalecenia dotyczące: funkcjonowania oddziałów udarowych, postępowania w udarze, profilaktyki wtórnej oraz postępowania rehabilitacyjnego [por. „Neurologia i Neurochirurgia Polska", 2008, 42, supl. 3]. Intencją autorów tego programu było wprowadzenie wczesnej rehabilitacji, zmierzającej do jak najszybszego i najpełniejszego usprawnienia chorego, między innymi poprzez odpowiednią terapię logopedyczną, podejmowaną nawet w pierwszej dobie po udarze[5].

4 Deklarację opublikowano między innymi w „Neurologii i Neurochirurgii Polskiej" 1997/31.

5 Według zaleceń ćwiczenia mowy powinny być początkowo prowadzone 2–3 razy na dobę, ale nie dłużej niż 10–15 minut.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

W kolejnych dwóch programach – „Narodowym Programie Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010–2012 POLKARD" [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npwdplchusn_20120418.pdf] oraz „Narodowym Programie Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016" [http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/04/POLKARD-2015-aktualizacja.pdf] – nie wspomina się o rehabilitacji logopedycznej.

Placówka wielospecjalistyczna

Według obecnie obowiązującej ustawy (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 r. nr 112 z późn. zm.) przez placówkę wielospecjalistyczną należy rozumieć zakład opieki zdrowotnej o określonej strukturze organizacyjnej, na którą składają się jednostki (filie, oddziały) i komórki organizacyjne. Udziela ona świadczeń w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

Działalność placówki regulowana jest na podstawie wyżej wskazanej ustawy (Dz.U. z 2011 r. nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Określa ona między innymi:

1) zasady udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala;
2) organizację i zadania poszczególnych komórek;
3) warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowej diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654 z późn. zm.[6]) w artykule 15, punkcie 1 zakłada co następuje: „świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie". W punkcie 12 niniejszej ustawy określono warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, wśród których znajduje się badanie i terapia logopedyczna.

Stacjonarna opieka zdrowotna

W zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej stosowne regulacje odnajdujemy w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2015, poz. 1520 z późn. zm.).

6 Por. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015, poz. 1692).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Wśród tych świadczeń jest leczenie udaru mózgu na oddziale udarowym – do jego udzielania uprawniony jest między innymi logopeda (wymiar jego zatrudnienia to równoważnik co najmniej 0,5 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek)[7].

Kolejne świadczenie wymienione w „koszyku", przy udzielaniu którego wskazana jest obecność personelu logopedycznego, to leczenie zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu. Świadczenia w zakresie zaburzeń słuchu z zastosowaniem implantów ślimakowych i pniowych udziela personel podstawowy (między innymi specjalista w dziedzinie laryngologii lub otolaryngologii), wśród pozostałych pracowników wymienia się osobę posiadająca udokumentowane doświadczenie w pracy z osobami z głębokimi zaburzeniami słuchu i udokumentowaną znajomość alternatywnych metod komunikacji oraz będącą logopedą lub osobą posiadającą dyplom magistra pedagogiki specjalnej. Świadczeń w zakresie leczenia zaburzeń słuchu z zastosowaniem implantów ucha środkowego i implantów zakotwiczonych udziela lekarz (specjalista w dziedzinie laryngologii, otolaryngologii lub otorynolaryngologii; audiologii lub foniatrii lub audiologii i foniatrii) oraz logopeda posiadający co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy z osobami z głębokimi zaburzeniami słuchu bądź udokumentowaną znajomość alternatywnych metod komunikacji.

W powyższym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w zakresie opieki logopedycznej w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego odnajdujemy zaledwie trzy świadczenia, których może udzielać logopeda.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013, poz. 1522) zapewnia się między innymi rehabilitację neurologiczną zaburzeń funkcji mózgu (dotyczy ona pacjentów zaliczonych do kategorii I i II)[8]. Świadczenie obejmuje terapię (neuro)logopedyczną w wymiarze nie mniejszym niż 30 minut dziennie, 5 dni w tygodniu, może go udzielać logopeda lub neurologopeda (wymogi etatowe to równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek). Czas trwania rehabilitacji w przypadku pacjentów zaliczonych do kategorii I wynosi od 12 do 16 tygodni, natomiast w przypadku kategorii II od 6 do 9 tygodni. Warto w tym miejscu odwołać się do „Deklaracji Helsingborgskiej", według której długość procesu rehabilitacyjnego powinna być dostosowana do potrzeb pacjenta.

W „koszyku" świadczeń gwarantowanych znajdujemy nieliczne świadczenia dotyczące opieki logopedycznej zapewnianej dzieciom. Obejmują one:

1) rehabilitację neurologiczną dziecięcą (kategoria I i III)[9]: w tym terapię neurologopedyczną lub logopedyczną w wymiarze nie mniej niż 30 minut dziennie,

7 Por. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015, poz. 1692), zakładka *Organizacja udzielania świadczeń*.

8 Szczegółowe wyznaczniki, na podstawie których zalicza się pacjentów do danej kategorii, reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013, poz. 1522).

9 Szczegółowe wyznaczniki, na podstawie których zalicza się pacjentów do danej kategorii, reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013, poz. 1522).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

5 dni w tygodniu; świadczenia udziela logopeda lub neurologopeda (wymiar zatrudnienia logopedy to równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek);
2) rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego; świadczenia udziela logopeda lub logopeda posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii (wymiar zatrudnienia logopedy to co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek); rehabilitacja przeznaczona jest dla dzieci w dwóch grupach wiekowych: od 0 do 7 lat, dla pacjentów z zaburzeniami wieku rozwojowego oraz od 8 do 18 lat, dla pacjentów z zaburzeniami wieku rozwojowego, po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczących upośledzonych w stopniu głębokim) do ukończenia 25. roku życia; czas trwania rehabilitacji dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym;
3) rehabilitację osób z dysfunkcją narządu słuchu lub/i narządu mowy; usługa może być udzielana przez logopedę posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie surdologopedii lub studia podyplomowe w zakresie surdologopedii, lub logopedę dyplomowanego w przypadku pracy z dorosłymi, a w przypadku udzielania świadczenia dzieciom – logopedę dyplomowanego z trzyletnim stażem pracy z dziećmi z uszkodzeniem narządu słuchu; w myśl ustawy świadczenia mogą być udzielane w gabinecie logopedycznym, w ośrodku lub w oddziale dziennym; czas trwania rehabilitacji dla jednego świadczeniobiorcy wynosi do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym.

Opieka ambulatoryjna

Rolę logopedy w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w placówkach służby zdrowia określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U 2013, poz. 1413 z późn. zm.[10]). Opieką ambulatoryjną objęte są osoby, które nie wymagają leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych. W załączniku nr 1 do wspomnianego rozporządzenia zamieszczono wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wśród nich wymienia się poradę specjalistyczną w zakresie logopedii, udzielaną w ramach działalności poradni logopedycznych.

W „koszyku" świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki ambulatoryjnej umieszczono także usługę dopasowania aparatu słuchowego (załącznik 1, rozdział IX – *Inne świadczenia diagnostyczne*). Do jego wykonania uprawniony jest logopeda i neurologopeda (oraz lekarz specjalista w dziedzinie audiologii i foniatrii lub audiologii, a także protetyk słuchu). Świadczenie dotyczy dzieci do 4. roku życia.

10 Por. Dz.U. 2014, poz. 1442.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Podstawowa opieka zdrowotna

Miejsce i rolę logopedy w udzielaniu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2013, poz. 1248 z późn. zm.). Świadczenia gwarantowane obejmują między innymi:

1) świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
2) świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
3) świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
4) świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania.

Rozporządzenie nie zakłada świadczeń z zakresu poradnictwa logopedycznego czy terapii logopedycznej na tym poziomie opieki zdrowotnej, mimo że w części III rozporządzenia: *Warunki realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych* w „koszyku" zamieszczono świadczenie: „przeprowadzenie testów rozwoju reakcji słuchowych oraz ocena rozwoju mowy". Ustawodawca nie widzi jednak konieczności zatrudnienia logopedy w komórkach POZ.

Zakłady opieki długoterminowej

Mówiąc o placówkach wielospecjalistycznych, nie sposób nie wspomnieć o tworzonych przez nie komórkach organizacyjnych nastawionych na opiekę i rehabilitację osób w podeszłym wieku, czyli zakładach opieki długoterminowej. Powstanie tego typu jednostek dyktowane jest swego rodzaju potrzebą społeczną. Coraz lepiej rozwijająca się medycyna prowadzi do wydłużenia życia, a tym samym konieczności zapewnienia osobom starszym, przewlekle chorym i niepełnosprawnym odpowiedniej długoterminowej opieki. W tym celu powołane są odpowiednie instytucje – jak na przykład zakłady opiekuńczo-lecznicze czy pielęgnacyjno-lecznicze. Rola logopedy w placówkach tego typu powiązana jest ściśle z jego misją, mającą na celu niesienie pomocy pacjentowi przewlekle choremu i poprawę jakości jego życia poprzez umożliwienie mu odzyskania największego zakresu sprawności i niezależności. Działalność zakładów opieki długoterminowej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013, poz. 1480) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2014, poz. 960). Istotą działalności zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych jest udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem między innymi opiekę i rehabilitację logopedyczną. Świadczeń udziela logopeda w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia.

We wspomnianym powyżej rozporządzeniu zakłada się także obecność logopedy w zakładach opiekuńczych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

w zakładach opiekuńczych dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie. Ustawodawca nie precyzuje jednak standardów zatrudniania w nich logopedy.

Podsumowanie

Wszelkie badania wskazują na konieczność podejmowania możliwie jak najwcześniejszych działań mających na celu niwelowanie skutków jakiejkolwiek niepełnosprawności, a więc i tej wynikającej z dezintegracji, zniesienia czy niewykształcenia procesu kodowania i dekodowania informacji. Tymczasem w świetle obowiązującego prawa rola logopedy w strukturze szpitala wielospecjalistycznego, a tym samym w służbie zdrowia, wydaje się być znikoma w stosunku do rzeczywistych potrzeb. Ograniczenie stanowi tu szereg ustaw, w których nie przewidziano obecności logopedy w takich jednostkach jak chociażby oddziały położnicze, noworodkowe, otolaryngologiczne itd. Nie uwzględniono także potrzeby kompleksowej rehabilitacji pacjenta, której podstawą jest jej kontynuacja po opuszczeniu kliniki czy szpitala. Ustawodawca nie przewiduje wizyt domowych logopedy w ramach podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego, nie zapewnia także pełnej dostępności opieki ambulatoryjnej.

Niestety, wypada zgodzić się z sądem doktora Michała Bitnioka, który podkreśla, że „w Polsce nie zwraca się uwagi na samego człowieka i jego sytuację, gdy jest ograniczony w swoich możliwościach językowych i komunikacyjnych. Stawia się go na nogi, by był sprawny ruchowo" [Bitniok, 2010, s. 19].

Badania wskazują, że przy dobrej organizacji służby zdrowia kompleksowa rehabilitacja nie jest droga [por. Kwolek, 2003, s. 14], warto zatem postulować uporządkowanie i zwiększenie zakresu świadczeń logopedycznych przy okazji kolejnej nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz rozporządzeń wykonawczych, w tym zwłaszcza rozporządzeń Ministra Zdrowia.

Za poprawę stanu opieki logopedycznej gwarantowanej w ramach obowiązkowego ubezpieczenia społecznego odpowiedzialni są wszyscy zainteresowani tym problemem, nie tylko logopedzi i ich pacjenci, ale także szpitale, ubezpieczyciele, instytucje rządowe i pozarządowe. Wypracowanie wspólnego porozumienia dużych organizacji, jak i poszczególnych osób jest konieczne, aby osiągnąć cel, jakim jest redukcja kosztów ekonomicznych i przede wszystkim czysto ludzkich w zakresie utraty kompetencji komunikacyjnych.

Bibliografia

Bitniok Michał, 2010, *Deficyty mowy wynikające z uszkodzeń obszarów mózgowych*, Rozprawa naukowa nr 30, Bielsko-Biała.

Deklaracja Helsingborgska 2006 Europejskich Strategii Udarowych, 2008, „Neurologia i Neurochirurgia Polska", 42, supl. 3, s. 276–287.

Demelowa Genowefa, 1978, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Gliwa Renata, 2015, *Przyszłość i wyzwania w zarządzaniu współczesnymi placówkami opieki logopedycznej w Polsce*, w: Justyna Kłys, Joanna Maj, *Problemy, wyzwania i perspektywy zarządzania w XXI wieku*, Warszawa–Krosno.
Grabias Stanisław, 1991, *Logopedia, jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej*, w: tenże (red.), *Przedmiot logopedii*, t. 1, Lublin.
Grabias Stanisław, 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, w: Stanisław Grabias, Jolanta Panasiuk, Tomasz Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin, s. 13–35.
Jastrzębowska Grażyna, 1996, *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, psychologii i pedagogiki, filologii*, Opole.
Jastrzębowska Grażyna, 1998, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole.
Jastrzębowska Grażyna, 2003a, *Przedmiot, zakres zainteresowań i miejsce logopedii wśród innych nauk*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska, *Logopedia. Pytania i odpowiedzi: podręcznik akademicki*, t. 1, Opole, s. 315–330.
Jastrzębowska Grażyna, 2003b, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska, *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 1, Opole, s. 301–315.
Kaczmarek Leon, 1962, *O przedmiocie i zadaniach logopedii*, „Logopedia", 4, s. 28–40.
Kaczmarek Leon, 1991, *Model opieki logopedycznej w Polsce*, Gdańsk.
Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.
Kwolek Andrzej, 2003, *Rehabilitacja medyczna*, t. 1, Wrocław.
Lechta Viktor, 2011, *Podstawy teoretyczne logopedii*, w: Grażyna Gunia, Viktor Lechta, *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków.
Michalik Mirosław, 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, w: Stanisław Milewski, Katarzyna Kaczorowska-Bray, *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk.
Słodownik-Rycaj Ewa, 2007, *System opieki logopedycznej w Polsce i w Anglii*, Warszawa.
Styczek Irena, 1980, *Logopedia*, Warszawa.

Cytowane strony internetowe

http://www.mp.pl/artykuly/1278 (dostęp: 22.04.2016).
http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/04/POLKARD-2015-aktualizacja.pdf (dostęp: 22.04.2016).
http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npwdplchusn_20120418.pdf (dostęp: 22.04.2016).

Cytowane rozporządzenia i ustawy:

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie rodzajów i szczegółowych zasad działania placówek publicznych, warunków pobytu dzieci i młodzieży w tych placówkach oraz wysokości i zasad odpłatności wnoszonej przez rodziców za pobyt ich dzieci w tych placówkach (Dz.U. 2011 nr 109, poz. 631).
Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (DZ.U. 130, poz. 1328).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. 2002 nr 173, poz. 1419).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2013, poz. 1248).
Rozporządzanie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2013, poz. 1522).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2015, poz. 1520 z późn. zm.).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013, poz. 1480).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2014, poz. 960).
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2011 nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 z późn. zm.).
Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015, poz. 1692).

Summary

Care Speech in Poland is provided by the education and health care. The care provided within the education system, based mainly on the activities of psychological and pedagogical activity and demand for speech therapy localized at schools Increasingly, speech therapy services are provided within the health care guaranteed by the National Health Fund. The subject of the present chapter is to determine the scope of care and identify the role of speech therapist health care.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Izabela Ejsmunt-Wieczorek
Uniwersytet Łódzki*

VERB WORDBUILDING IN CHILD'S SPEECH DEVELOPMENT PROCESS

SŁOWOTWÓRSTWO CZASOWNIKA W ROZWOJU MOWY DZIECKA

Keywords: child's speech, wordbuilding, verb, dialect.
Słowa kluczowe: mowa dziecka, słowotwórstwo, czasownik, gwara.

One of the most current definitions of speech was proposed by Stanisław Grabias who assumed that it's "a set of activities that, with the use of a language, is made by a human being while learning the world and sharing its interpretation with other participants of the social life" [Grabias, 2014, p. 15]. Such approach to speech includesboth linguistic competences, as well as performance skills that are mutually dependent and help the social being, without any limits, participate in linguistic communication [Grabias, 2014, p. 51]. The element that decides about shaping the linguistic competence, that is familiarity with phonemes' inventory proper for a given language and morphological and syntax principles allowing to build words and grammatically correct sentences, is the communication process and interaction of a human being with the surrounding. Grabias emphasizes that both the competence as well as the realization that develop in accordance with biological possibilities of an individual, are a reflection of mobility of their brain. and the state of peripheral processes taking part in speech performance [Grabias, 2014, p. 39].

Native language in friendly conditions, develops on its own in the first years of child's life that is till the age of 6, provided that the child is within biological and intellectual norm. The first research over the language started in the mid 19th century and were related to the Karol Darwin evolution theory and with the German philosophy. It is thought that children speech research precursor was a German phisiologist William Preyer (1882). The term *child's speech*, semantically narrower in relation to a general definition of speech, refers only to a period when a child acquires means of verbal communication with its linguistic surroundings (the acquisition stage), as well as may mean any communication properties acquired during childhood [Porayski-Pomsta, 2009, p. 8].

Together with the term *child's speech*, a term of *child's language* is frequently used synonymously. Although the meanings of the two notions overlap, then, however, *speech* has a wider range than the *language*. Porayski-Pomst's term of *child's speech* refers to a entirety of phenomena related to communication (including a language),

* Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

whereas, *child's speech*, according to him, is only a language system covering speech acquisition process, that is, acquiring grammar and lexical principles by a child [Porayski-Pomsta, 2009, p. 8–9].

Many researchers have tried to enlist and characterize individual stages of child's speech develeopment e.g.: Leon Kaczmarek [1953], Maria Przetacznikowa [1968a, 1968b], Jean Aitchison [1991], Ida Kurcz [2000], yet, this is not an easy thing to do due to individual path of each child's development. Therefore, this is often referred to as, so called child's speech and language *stage development,* or to as *relative development chronology*. Development stages are connected not so much with child's age, as with the fact of setting a language development level. A starting point for this theory is the period between 9 and 12 months of infant's life, when an essential change in its communication manner takes place, often called a *ninth month's revolution*. At that time, a child becomes aware, among others, of intentionality of its actions and actions of people from the surroundings, which leads to a conversation, and, as a consequence, to acquisition of cultural competences [Porayski-Pomsta, 2009, p. 10].

Since the major purpose of this paper is not to clarify respective child's speech development stages, but rather describe verbal wordbuilding formations of three-year olds, that is why, I will only point out to when, according to researchers, a period of child's morphological system development falls. According to traditional studies, this is a period between 18/24 months of life and 36 months of life [Kaczmarek, 1953; Smoczyński, 1955; Porayski-Pomsta, 2009]. Leon Kaczmarek even concluded that a three-year old child's speech is, in fact, already formed and only – with child's growing and gaining new experience, and wider social circle having influence on the child – it enriches and becomes mature [Kaczmarek, 1953, p. 47–59]. Of course, those assumptions are just conventional, because there are multiple discrepancies in children speech development that depends on various factors such as gender, nationality, psychological or social predisposition etc.

"In the process of child's mastering the bases of lexical system, the appearance of first words with complex word-formation structure is not visibly marked. Setting a ceasura between lexical development and word-formation development is not possible, because both constitute certain type of unity […], however, the principles underlying the mechanism of lexical acquisition […] are insuffcient to clarify the word-formation principles acquisition mechanism" [Muzyka-Furtak, 2010, p. 49]. Up to now, it has not been established since when a child begins to consciously use word structures comprising of smaller structures with specific semantic load.

Child's word-formation system development includes mining words from a stream of speech, their identification and then separation, in a given word, a word – formative and subject as well as affix, which, as a result, leads to identification, understanding of a meaning and matching a word to specific ontological categories that systemize the reality.

Research over the word-formation phenomena in child's speech, not knowing why, is still consistently disregarded. And this is thanks to word-formative means that we are able to "interpret reality, express specific, detailed semantic values and gain utterance's precision" [Janowska, 2007, p. 30].

Unfairly more effort has been devoted to subsystems: phonological [e.g. Kaczmarek, 1953; Smoczyński, 1955], inflexional [e.g. Zarębina, 1965; 1994; Smoczyńska, 1980; 1997;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Łuczyński, 2002; 2004] or syntactic [Przetacznikowa, 1968b]. If there are any attempts taken in order to characterize word-formation phenomena in child's speech, they are usually limited to nouns and adjectives, and description of a verb is approached mostly in a statistical manner, or attempts are taken to show acquisition of words from specific subject circles e.g. Maria Przetacznikowa noticed that, starting from the third through the fifth year of life, verbs, similarly to nouns, constitute 20–25% of used speech forms [Przetacznikowa, 1968b, p. 440–441]. Halina Zgółkowa listed examples of verbs that are absorbed by a child, and divided them into three groups: motion and moving (*run*, *go*) activities and events connected with speaking (*boast about*, *lie*) and onomatopeic expressions (*purr*, *tap*) [Zgółkowa, 1987, p. 14]. On the other hand, Stefan Szuman described the quantity and verb semantic groups in 2–4-year-old children, giving individual words in the form of an infinitive. He noted that two-year-olds used up to 240 verbs, thematically connected mainly with satisfying biological needs (*eat*), possession (*want*, *have*), unpleasant feelings (*be afraid*) and physical activities (*walk*, *stand*). Hscope extended by categories related to activities performed with the use of various tools: (*mow*) and mental activities (*understand*). Szuman, in his research, emphasized, however, that he focused mainly on words' content and not on their language form, which was supposed to serve for the initial orientation in words material. Yet, he stressed that with time, glossary material of examined children should be re-developed with the professional support of linguists [Szuman, 1968, p. 77–78]. Verb word-formations were included also by Maria Chmura-Klekotowa – she described neologisms in child's speech. Each new derivative in child's speech that was created in accordance with the patterns functioning in a language was considered by the author a neologism [Chmura-Klekotowa, 1971, p. 100–101]. In the summary, the dominating elements are suffix and prefix – suffix denominal verbs (denominative, adjectival) e.g. *fikować* 'do forward rolls', *polodzić* 'cover with ice' etc. and prefix deverbal verbs e.g. *odchować* 'find', *podbać się* 'be slightly afraid'. This type of derivatives were also included in language material collected by me e.g. *uciążyć* 'lift': *mamuśu ńe ućązys mńe* (mummy, you won't lift me), *utrafić się* 'succeed': ńe *utraf'i̯uo mi śe* (I did not succeed), *umrozić się* 'freeze': *zau̯ozai̯ kurtke, bo umroźi·śe* (put on your jacket, or else you will freeze), *uwidzieć* 'see': *mama, χoć u'vi̯ǯeć* (mummy, come and see), *zamiotlić* 'sweep': *ala zaḿotl'i f pokoiku* (Ala will sweep in her room), *zaochronić* 'secure': *tatuś, tseba zaoχrońić stol'ik* (daddy, we have to secure the table). This type of verb innovations are more willingly described by child's speech researchers, because they seem to be more attractive not so much due to their word-formation structure as due to their content, they carry a rich semantic load which is the evidence of child's creative thinking and of its language inquisitiveness. Deverbal suffix verbs are less frequently included.

Therefore, the assumption of this paper is to supplement existing material devoted to acquiring word-formation system by children in the speech ontogeny period with verbal word-formation, and in particular, showing mechanisms of creating paradigmatic derivatives (imperfective as well as multiple and perfective)[1], to which insuffi-

1 Paradigmatic derivatives – involves replacement of bases theme suffixes for other theme suffixes that carry lexemes to a different lexical-grammar class, without the change of the speech part [Grzegorczykowa, Laskowski, Wróbel, 1998, p. 540].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

cient attention was paid. The language material comes from two children, aged 3 and 6 months whose development was in accordance with the intellectual standard.

A characteristic feature of 3 year olds is replacement of suffix indicator with a different one that is incompatible with the one used in general language or adding a suffix to non-suffix forms.

1. Replacing suffix ***-ać*** and ***-eć*** with suffix ***-ić/-yć*** or adding suffix ***-ić/-yć*** to the verb's subject:
   a) imperfective verbs
      — *boić się* 'be afraid': *χańa boiu̯a śe baʹviʒ̍ z ʒ̍ećańi* (Hania was afraid of playing with other kids)
      — *musić* 'have to': *muśiu̯am zaśfʹećić latarką* (I had to use a torch)
      — *leżyć* 'lie': *fustecka leżyu̯a na podu̯oʒe i alćia i̯ą zdei̯mau̯a* (tissue was lying on the floor and Alice raised it)
      — *lecić* 'fly': *samolot lećiu̯ tag vysoko* (airplane flew so high)
      — *siedzić* 'sit': *ona ńe uḿe i̯esce sama śeʒ̍ić* (she cannot sit on her own)
      — *skaczyć* 'jump': *ńe skacyu̯am po sχodaχ* (I didn't jump on the stairs)
      — *stoić* 'stand': *dlacego ta lalka ńe uḿe sama stoi̯ić?* (why can't this doll stand?)
      — śpić 'sleep': *ala ʒ̍iśai̯ ńe śpʹiu̯a f sfoi̯im użecku* (Ala did not sleep in her cot tonight)
   b) perfective verbs
      — *opłuczyć* 'rinse': *mamuśu, i̯us opucyu̯am roncʹki* (mummy I've already rinsed my hands)
      — *oprzyć się* 'lean': *ćoću, alća śe opšyu̯a o śćane* (aunty, Alicia leaned against the wall)
      — *pogniecić* się 'crease': *zakleiu̯am, żeby ći śe ńe pogńećiu̯o* (I sealed it so it does not crease)
      — *przewleczyć* 'thread': *pševlecyu̯am vu̯osy pšez gumke* (I threaded my hair through a hair tie)
      — *stłuczyć* 'break': *ala stucyu̯a kubek mamuśoʹvi* (Alicia broke mummy's cup)
      — *udepczyć* 'trample': *udepcyu̯am źeḿe i bućiʹki brudne* (I trampled soil and my shoes got dirty)
      — *udrzyć* 'tear up': *mamuśa, uḍžyu̯a śe kartka* (mummy a sheet tore up)
      — *umazić* 'smear': *cau̯a śe umaźiu̯am ot farbuf* (I smeared myself with paints)
      — *upieczyć* 'bake': *babća upʹecyu̯a ćasto dla alći* (grandma baked a cake for Alicia)
      — *uprzyć* 'wash': *mamuśa, tylko go ńe upsyi̯* (mummy, just don't wash it)
      — *wypierzyć* 'wash': *ala vypʹeżyu̯a nataľći rai̯tuzy* (Ala washed Nathalie's tights)
      — *wyzdrowić* 'recover': *ʒ̍eći i̯esce ńe vyzdroʹviu̯y i ńe poi̯dną i̯utro do pšeckola* (children have not recovered yet and they will not go to the kindergarten tomorrow)
      — *zabierzyć* 'take': *moi̯ą poduśe te·zaʹbezyľi?* (did they also take my pillow?)
2. Replacing suffixes -ać and -ić with suffix -ywać in imperfective verbs.
   — *pojadywać* 'graze': *tatuś ńe poi̯adywai̯ pšet oʹbatʹkem* (daddy, don't graze before dinner)

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

— *położywać się* 'lie down': *ńe poo̯ozyvai̯ śe tu, to mamuśi poduśa* (don't lie down here, this is mummy's pillow)
— *założywać* 'put on': *ʒ́adek ḿi odvrotńe zao̯ozyva* (grandpa puts this on the other way round)
— *zaniosywać* 'carry': *ty mńe ńe zańosyvai̯ na gure* (don't carry me upstairs)
— *zawiozywać* 'drive': *mamuśa, ńe zaʹ́ozyvai̯ bapći* (mummy, don't drive grandma back)
— *zawoływać* 'call': *ptaseg beńʒ́e mńe zavou̯yvau̯ rano* (bird called me this morning – meaning woke me up)
— *zdarzywać* się 'happen': *vypatʹki same śe pseće zdazyvai̯om* (accidents happen)

3. Replacing suffix -ać, -ić, -ywać with the suffix -ować in imperfective verbs.
— *pokazować* 'point': *tam, ʒ́e palcem pokazovam* (over there, where I am pointing my finger at)
— *pomagować* 'help': *pańi doktor na fsysko pomagui̯e; tatuś ḿi pomagovau̯ zrobʹić motylka* (doc helps to all problems; daddy helped me do the butterfly)
— *kopciować* 'smoke': *ten tlaktol ta·kopćovau̯ z luly* (this tractor smoked so much)
— *wieszować* 'hang': *fsysʹke ʒ́eći ʹvešovau̯y kurteckʹi f safeckaχ* (all children hanged their jackets in lockers)

4. Adding suffix -nąć to perfective verb subjecvts.
— *dostanąć* 'get': *muse i̯esce dostanońʒ́ balońikʹi na uroʒ́iny* (I must get balloons for my birthday)
— *obtnąć* 'cut': *drugą gau̯ąske tes optńes?* (are you going to cut the second twig?)
— *podziernąć* się 'rip': *o, pudeu̯ko śe poʒ́erneu̯o* (oe box has just riped)
— *pojdnąć* 'go': *ala poi̯dneu̯a na spaceleg z bapćą* (Ala went for a walk with grandma)
— *przymiernąć* 'try': *alća χce psyḿelnońć suʹkenke* (Ala wants to try this dress)
— *ulepnąć* 'mould': *mamuśa zobac, ulepneu̯am* (mummy, look, I moulded it)
— umarnąć 'die': *i̯ak ńe beńʒ́e ḿau̯a vody to umarńe* (about a fish: when the fish will not have water, it will die)
— *umiejnąć* 'can': *χańa ńe uḿei̯neu̯a zdei̯mnońʒ́ butkuf* (Hania could not take her shoes off)
— *usiądnąć* 'sit down': *ʒ́iʒ́a tu uśondneu̯a* (little child sat down)
— *wesnąć* 'enter': *laluś vesnou̯ do u̯aźenʹki* (Aruś entered the bathroom)
— *wezmnąć* 'take': *muse veźmnońć sfoi̯ą torepke* (I must take my bag)
— *wsiądnąć* 'get in': *kotek fʹ́ondnou̯ z alą do samoχoʒ́iku* (kitty got in the car with Alice)
— *wstanąć* 'get up': *tatuś i̯esce ńe fstanou̯* (daddy has not got up yet)
— *zapnąć* 'fasten': *mamuśa, ńe zapneu̯aś ḿi guʒ́ickuf* (mummy, you did not fasten buttons)
— *zdejmnąć* 'take off': *χańa ńe uḿei̯neu̯a zdei̯mnońʒ́ butkuf* (Hania could not take her shoes off)
— *zostanąć* 'stay': *ńe χce ʒ́iśai̯ zostanąć f pšeckolu* (I don't want to stay in the kindergarten today)

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

5. Removing affix ***-nąć***.
   — *uklęc* 'kneel down': *mama, uklenk tutaį* (mummy, kneel down)
   — *wybuć* 'break out': *za χfi̯ile moze pozar vybuć* (the fire may break out in a minute)
   — *zasłać* 'fall asleep': *zobac mamuśu, zasu̯am* (look mammy I fell asleep)
6. Change in the verb's subject structure and possible change of the suffix.
   — *dowiąć się* 'find out': *i̯ak śe ćoće doʋ̯ą, ze ńe mam p̓elusk̓i, to mńe poχlą* (when aunts [in the kindergarten] find out I don't have a nappy, they will praise me)
   — *pochlić* 'praise': *i̯ak śe ćoće doʋ̯ą, ze ńe mam p̓elusk̓i, to mńe poχlą* (when aunts [in the kindergarten] find out I don't have a nappy, they will praise me)
   — *poszuć* 'go': *fraŋkl̓in posuu̯ i̯uz do skou̯y, bo i̯ezd ʋ̯eŋksy od mńe* (Franklin already goes to school, because he is older than me)
   — *ugrzyć* 'bite': *a i̯ag by m̓e źm̓ii̯a ugzyu̯a?* (and what if a viper bites me?)
   — *założać* 'put on': *i̯ak to śe zau̯oza?* (how should this be put on?)
   — *zbiąć* 'collect': *te kulk̓i pot foteľik̓em tes tseba zb̓ońć* (we also have to collect those marbles from beneath the armchair)
   — *zjąć* 'eat': *krul̓ick̓i zi̯ą malχefke* (rabbits will eat carrot)
   — *zzić* 'get off': *źii̯ ston tatuś, bo zrob̓iź benc* (daddy get off from here or else you will fall down)
   — *zmiorzyć* 'measure': *teras i̯a ćeb̓e zm̓ore* (now, I will measure you)

The above lingustic material makes us aware, how serious it is for a child to acquire the principle of a word formation system of the Polish language and how a child is trying to manage those difficulties. One of the ways of creating new verb formation structures is the phenomenon of analogy [por. Chmura-Klekotowa, 1971; Clark, 1993] that is making derivative words according to the pattern previously learnt and mastered in child's memory. A small human being attaches to a specific word-formation mean, in this case, it is a suffix, and consistently expands the range of its use, creating peculiar lexical paradigm [Clark, 1980, p. 19]. Creating analogical word-formation patterns by a child is a clear evidence of their active attitude in the process of learning of speech, and is an evidence of child's linguistic thinking [Chmura-Klekotowa, 1971, p. 100]. Material collected for the purpose of this study proofs that there is a tendency amongst three year olds to derive paradigmatic verbs by means of suffix *-ić/-yć* in place of a Polish nationawide *-ać* or *-eć*. Furthermore, to create multiple verbs (iteratives), children, more willingly use the suffix *-ywać* and *-ować* instead of a Polish nationwide *-ać* or *-ić*. Some kind of over-production can also be observed in creating derivates with suffix *-nąć* which, in general language, is a semantic medium of a single time, instantaneous activity e.g. *kopnąć*, *trzasnąć*, whereas in child's speech, it does not necessarily express semelfactiveness, but rather perfectiveness of an activity e.g. *dostanąć*, *pojdnąć*. There are also formations that show opposite tendencies i.e. a process of removing suffix *-nąć* from verbs indicating a single time, instantaneous activity, however, they are relatively seldom, e.g. *uklęc*, *wybuć*. The above described phenomena, in case of children that provided the above material, are actually, the result of the analogy. But we mustn't forget that the presented word-formation tendencies match, to some

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

extent, linguistic phenomena typical, for example, for some of dialects. Certain deviation from the linguistic standard may be related to social conditions, hence with the environment that the child functions in. There is a direct connection between territorial background of a child and the language they use. If, for example, a child is brought up in an environment of adults using dialects, then he or she may start using forms characteristic for a given region [Marciniak-Firadza, 2014, p. 143–144]. Such a child acquires individual pronounciation features that result from the fact of belonging to a certain environment and shall not be treated as dysfunction phenomena, i.e. pronounciation impediments [comp. Jaros, 2016, in press]. Such pronounciation features related to verb word-formation due to dialect background may include also replacing suffix *-eć* with *-ić*/*-yć* in the forms like e.g. *siedzić*, *leżyć*, which is a specific feature of southern Masovia and northern Malopolska [comp. Dejna, 1981, map 76]. On the other hand, formative *-ywać* indicating a multiple, repetetive activity is characteristic for Masovia and western Wielkopolska regions [Dejna, 1981, map 74; Ejsmunt-Wieczorek, 2011, p. 157–167; 205]. Iterative verbs are derived differently in dialects of southern Wielkopolska, eastern Maloposka or Silesia, where there is a tendency to use the traditional Poland suffix *-ować* in place of a formative *-ywać*, e.g. *dosypować*, *okopować*, *zgadować*. It should also be remembered that repetition of actions can be reflected by suffix *-uwać*, that is truly agile in Malbork region dialects e.g. *dogaduwać*, *odkopuwać* [Górnowicz, 1973–1974, p. 99–102], or in Silesia dialects e.g. *buduwać*, *całuwać* [Wyderka, 2000––2012]. The productivity of verb forms with suffix *-nąć* is also higher in dialects than in a general language e.g. southern Mazovia dialect forms: *przybędnąć*, *wyglądnąć*, *zasiędnąć* [Ejsmunt-Wieczorek, 2011, p. 170–171].

To summarize, development of verb word formation among children does not always have to result from its allegiance to a given formative and the application of analogy principle. An essential factor may also be regional background that shall be taken into consideration while analyzing child's speech development course.

Bibliography

Aitchisson Jean, 1991, *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*, Warszawa.

Chmura-Klekotowa Maria, 1971, *Neologizmy słowotwórcze w mowie dzieci*, „Prace Filologiczne", XXI, p. 99–235.

Clark Eve Vivienne, 1980, *Lexical innovations: How children learn to create new words*, "Papers and Reports on Child Language Development", 18, p. 1–20.

Clark Eve Vivienne, 1993, *The lexicon in acquisition*, Cambridge.

Dejna Karol, 1981, *Atlas polskich innowacji dialektalnych*, Łódź.

Ejsmunt-Wieczorek Izabela, 2011, *Derywaty czasownikowe w gwarach południowomazowieckich na tle odpowiedników innogwarowych*, Łódź.

Górnowicz Hubert, 1973–1974, *Dialekt malborski*, t. 2, z. 1, 2, Gdańsk.

Grabias Stanisław, Kurkowski Marek (eds.), 2014, *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin.

Grzegorczykowa Renata, Laskowski Roman, Wróbel Henryk (eds.), 1998, *Gramatyka współczesnego języka polskiego*. Morfologia, Warszawa.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Janowska Aleksandra, 2007, *O swoistości derywacji na tle innych sposobów nominacji*, in: Aleksandra Achtelik, Jolanta Tambor (eds.), *Sztuka czy rzemiosło? Nauczyć Polski i polskiego*, Katowice, p. 28–34.

Jaros Irena, 2016, *„Trzi krziwe krziże" – cecha wymowy, błąd wymowy czy wada wymowy?*, in: Danuta Pluta-Wojciechowska, Barbara Sambor (eds.) *Współczesne tendencje w diagnozie i terapii logopedycznej,* seria: Logopedia XXI wieku, Gdańsk [in print].

Kaczmarek Leon, 1953, *Kształtowanie się mowy dziecka*, Poznań.

Kurcz Ida, 2000, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa.

Łuczyński Edward, 2002, *Fleksja języka polskiego z punktu widzenia ontogenezy mowy*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językowego", LVIII, p. 157–165.

Łuczyński Edward, 2004, *Kategoria przypadka w ontogenezie języka polskiego, czyli o wchodzeniu dziecka w rzeczywistość gramatyczną*, Gdańsk.

Marciniak-Firadza Renata, 2014, *Diagnoza idiolektu pacjenta, czyli dlaczego logopedzie jest potrzebna wiedza o regionalnym zróżnicowaniu polszczyzny*, in: Agnieszka Hamerlińska-Latecka, Małgorzata Karwowska (eds.), *Interdyscyplinarność w logopedii*, Gliwice.

Muzyka-Furtak Ewa, 2010, *Konstrukcje słowotwórcze w świadomości językowej dzieci niesłyszących*, Lublin.

Porayski-Pomsta Józef, 2009, *Zagadnienie periodyzacji rozwoju mowy dziecka*, „Logopeda", 1 (7), Warszawa, p. 7–31.

Przetacznikowa Maria, 1968a, *Rozwój i funkcje przymiotników w mowie dzieci do lat sześciu*, in: Stefan Szuman (ed.), *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, Warszawa, p. 97–147.

Przetacznikowa Maria, 1968b, *Rozwój struktury i funkcji zdań w mowie dziecka*, in: Stefan Szuman (ed.), *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, Warszawa, s. 383–629.

Smoczyńska Magdalena, 1980, *Badania nad rozwojem języka dziecka*, Warszawa.

Smoczyńska Magdalena, 1997, *Przyswajanie systemu gramatycznego przez dziecko*, in: Halina Mierzejewska, Maria Przybysz-Piwkowa (eds.), *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej*, Warszawa, p. 41–53.

Smoczyński Paweł, 1955, *Przyswajanie przez dziecko podstaw systemu językowego*, Łódź–Wrocław.

Szuman Stefan (ed.), 1968, *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, Warszawa.

Wyderka Bogusław (ed.), 2000–2012, *Słownik gwar śląskich*, Opole.

Zarębina Maria, 1965, *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*, Wrocław.

Zarębina Maria, 1994, *Rozwój semantyczny języka dziecka. Dyskusja nad teorią Chomskiego*, Gdańsk.

Zgółkowa Halina, 1987, *Ilościowa charakterystyka słownictwa współczesnej polszczyzny*, Poznań.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Streszczenie

Przedstawione w artykule zagadnienie koresponduje tematycznie z dotychczas publikowanymi pracami, podejmującymi problem rozwoju systemu słowotwórczego u dzieci w ontogenezie mowy. Badania nad zjawiskami słowotwórczymi w mowie dziecka, szczególnie w odniesieniu do czasownika, są wciąż jeszcze konsekwentnie pomijane i zajmują nieproporcjonalnie mniej miejsca w porównaniu do innych podsystemów języka: fonologicznego, fleksyjnego czy składniowego. Jeśli podejmowane są próby charakterystyki zjawisk słowotwórczych, zwykle ograniczają się one do rzeczowników i przymiotników, a do opisu czasownika podchodzi się z reguły na zasadzie pewnych statystyk procentowych lub opisuje się tzw. akwizycję wyrazów z określonych kręgów tematycznych. Tymczasem to właśnie za pomocą środków słowotwórczych nazywamy otaczający nas świat, wyrażamy swoiste, szczegółowe sensy znaczeniowe i doprecyzowujemy nasze wypowiedzi.

Głównym założeniem artykułu jest uzupełnienie istniejących prac z zakresu przyswajania systemu słowotwórczego przez dzieci w ontogenezie mowy o słowotwórstwo werbalne, a przede wszystkim ukazanie mechanizmów tworzenia czasownikowych derywatów paradygmatycznych (niedokonanych, iteratywnych oraz perfektywnych), którym dotychczas poświęcono niewiele uwagi. Pozyskany materiał językowy, pochodzący od dzieci 3,5-letnich, rozwijających się zgodnie z normą umysłową, stał się podstawą do zaobserwowania takich zjawisk językowych w zakresie werbalnego słowotwórstwa paradygmatycznego, jak: zastępowanie ogólnopolskiego wykładnika sufiksalnego innym, np.: *lecić*, *siedzić*, *uprzyć* (lecieć, siedzieć, uprać), dodawanie przyrostka do form bezsufiksalnych np.: *obtnąć*, *pojdnąć*, *umiejnąć* (obciąć, pójść, umieć), usuwanie formantu, np.: *uklęc*, *wybuć* (uklęknąć, wybuchnąć) oraz całkowita modyfikacja zarówno tematu słowotwórczego, jak i sufiksu, np.: *poszuć*, *zbiąć* (pójść, zebrać).

Opisywane powyżej procesy słowotwórcze są najczęściej efektem działania analogii słowotwórczej, ale mogą się także wiązać z uwarunkowaniami społecznymi, a zatem z otoczeniem, w którym dziecko funkcjonuje. Przynależąc do danego środowiska gwarowego, nabywa ono indywidualnych cech wymowy, które nie mogą być traktowane jako zjawiska patologiczne, czyli wady wymowy, np. mazowieckie i południowomałopolskie zastępowanie sufiksu *-eć* przez *-ić/-yć* w formach typu *siedzić*, *leżyć*, czy formant *-ywać*, wskazujący na czynność wielokrotną, typowy dla gwar Mazowsza i zachodniej Wielkopolski. Podstawowymi elementami wpływającymi na kształtowanie się werbalnego systemu słowotwórczego u dzieci są zatem w głównej mierze: upodobanie do konkretnego wykładnika sufiksalnego oraz stosowanie prawa analogii, jednak istotną rolę może odgrywać także czynnik regionalny.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Ewa Gacka
Uniwersytet Łódzki*

OPIEKA LOGOPEDYCZNA W OPINIACH RODZICÓW DZIECI Z ZABURZENIAMI ROZWOJU MOWY. DONIESIENIA Z BADAŃ

SPEECH THERAPY CARE IN THE OPINIONS OF PARENTS OF CHILDREN WITH IMPAIRED SPEECH DEVELOPMENT. REPORTS FROM THE STUDY

Słowa kluczowe: opieka logopedyczna, dostępność usług logopedycznych, jakość usług logopedycznych, badanie opinii, ankieta.

Keywords: speech therapy care, availability of speech therapy services, quality of speech therapy services, opinion survey, survey.

Wprowadzenie

Logopedia jako nauka posiada wymiar teoretyczny i praktyczny. Wyniki badań naukowych i towarzysząca im refleksja teoretyczna znajdują odbicie w praktyce logopedycznej, służąc rozwiązaniu konkretnych problemów w zakresie komunikacji językowej. Dla logopedów istotna jest odpowiedź na pytanie, jak sposób rozwiązania tych problemów jest oceniany przez osoby będące podmiotem oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych oraz ich rodziny. Ta idea przyświecała też prezentowanemu postępowaniu badawczemu. Przeprowadzone badania miały charakter ewaluacyjny, a celem każdego rodzaju ewaluacji jest wskazanie obszarów, w których należałoby wprowadzić ewentualne zmiany po to, by zwiększyć efektywność prowadzonych działań.

Opieka logopedyczna to diagnoza i terapia zaburzeń mowy, a także działania z zakresu profilaktyki, czyli przeciwdziałanie i ograniczanie negatywnych skutków nieprawidłowości w komunikacji językowej [Gunia, 2011; Słodownik-Rycaj, 2007; Jastrzębowska, 2003]. Dotyczy człowieka na przestrzeni całego życia – od okresu noworodkowego po sędziwą starość. Odpowiednio funkcjonująca opieka logopedyczna pozwala na zaspokojenie potrzeb różnych odbiorców, osób w różnym wieku i z różnymi zaburzeniami mowy, i to zarówno jeżeli chodzi o dostęp do usług logopedycznych, jak i ich jakość. W organizacji opieki logopedycznej pomocna jest analiza prze-

* Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

mian społeczno-demograficznych zachodzących we współczesnych społeczeństwach, która pozwala na zintensyfikowanie oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych dla określonych grup odbiorców. Właściwa organizacja opieki logopedycznej powinna uwzględniać fakt wydłużania się życia i proces starzenia się społeczeństwa oraz związany z rozwojem medycyny wzrost przeżywalności osób (w tym dzieci) niepełnosprawnych czy też zagrożonych niepełnosprawnością [Gacka, 2012].

Czynnikami korzystnie oddziałującymi na kształt opieki logopedycznej są:

1) jednolite i jasno sprecyzowane uregulowania prawne; w Polsce opieka logopedyczna jest koordynowana przed dwa resorty: Ministerstwo Edukacji Narodowej i Ministerstwo Zdrowia; ten rodzaj „dwuwładzy" i w związku z nim odrębne przepisy prawne nie sprzyjają rozwojowi opieki logopedycznej;
2) odpowiednie środki finansowe i racjonalne nimi zrządzanie;
3) wystarczająca, dostosowana do potrzeb liczba placówek logopedycznych, sprofilowanych ze względu na wiek i rodzaj problemów logopedycznych osób szukających pomocy;
4) wysoki poziom kompetencji zawodowych pracujących w placówkach logopedów;
5) przestrzeganie przez logopedów standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego; standardy postępowania logopedycznego dla poszczególnych zaburzeń mowy zostały opracowane i zatwierdzone przez Polskie Towarzystwo Logopedyczne [Logopedia, 2008];
6) działalność samokształceniowa logopedów, ustawiczny rozwój warsztatu pracy, dążenie do doskonalenia umiejętności diagnostyczno-terapeutycznych;
7) rozwój badań naukowych z zakresu logopedii, które pozwalają na doskonalenie standardów postępowania logopedycznego;
8) opracowanie i wdrażanie systemu współpracy i wspierania rodzin osób z zaburzeniami komunikacji językowej;
9) współpraca z innymi specjalistami, takimi jak lekarze różnych specjalności (neonatolodzy, pediatrzy, geriatrzy, lekarze rodzinni, neurolodzy, audiolodzy, laryngolodzy, foniatrzy, neurochirurdzy, ortodonci), położne, pielęgniarki, psycholodzy, pedagodzy, nauczyciele; współpraca z tymi specjalistami jest niezbędna zarówno w procesie diagnozy, jak i terapii logopedycznej.

Logopedzi mają bezpośredni wpływ na część z wymienionych czynników wiążących się z jakością opieki logopedycznej. Zaliczyć do nich można: poziom kompetencji zawodowych, przestrzeganie standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, działalność samokształceniową terapeutów, współpracę i wspieranie rodzin pacjentów oraz współpracę z innymi specjalistami. Na inne, dotyczące uregulowań prawnych, finansowania opieki logopedycznej czy liczby placówek logopedycznych, terapeuci mogą oddziaływać tylko pośrednio, poprzez swoich przedstawicieli w różnego rodzaju organizacjach i towarzystwach, takich jak Polskie Towarzystwo Logopedyczne czy Związek Zawodowy Logopedów.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Metodologia badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy na temat opieki logopedycznej. Ocena opieki logopedycznej dotyczyła zarówno jej dostępności, jak i jakości. Dostępność opieki logopedycznej to łatwość w uzyskaniu bezpłatnej pomocy logopedy, a więc wystarczająca zdaniem badanych liczba placówek logopedycznych. Jakość opieki logopedycznej to stopień zadowolenia odbiorców usług logopedycznych i ich rodzin (w prezentowanych badaniach – stopień zadowolenia rodziców dzieci pozostających pod opieką logopedy) z efektów diagnozy i terapii oraz sposobu oddziaływań logopedycznych. Tak rozumiana jakość opieki logopedycznej wiąże się bezpośrednio z poziomem kompetencji zawodowych logopedów. Na potrzeby postępowania badawczego przyjęto, że wysoka jakość usług logopedycznych jest równoznaczna z wysokim poziomem kompetencji zawodowych logopedów. Zaprezentowana definicja jakości opieki logopedycznej nawiązuje do określenia jakości usług medycznych, sformułowanego w USA przez Zespoloną Komisję do spraw Akredytacji Placówek Medycznych: „Jakość to stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi i dostarczona zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo wystąpienia efektów niepożądanych" [Czerw, Religioni, Olejniczak, 2012, s. 270].

W postępowaniu badawczym adekwatnie do jego celu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Metoda ta bywa też określana jako sondaż, sondaż ankietowy czy sondaż na próbie reprezentatywnej [Pilch, Bauman, 2001]. Jak podkreśla M. Łobocki, należy ją „[…] stosować szczególnie wtedy, gdy pragniemy dowiedzieć się o opiniach (także przekonaniach) respondentów na temat interesujących nas spraw oraz o tym, jak je oni oceniają i w ogóle co o nich wiedzą lub chcieliby wiedzieć na ich temat" [Łobocki, 2006, s. 244]. W badaniach posłużono się techniką ankiety, która jest sposobem gromadzenia danych polegającym „[…] na samodzielnym wypełnianiu przez respondentów odpowiednich, specjalnych kwestionariuszy oraz na pisemnym udzielaniu odpowiedzi na pisemnie postawione pytania" [Jarosz, Wysocka, 2006, s. 64]. Ankieta była dobrowolna i anonimowa. Kwestionariusz ankiety składał się z pytań zamkniętych i półotwartych, w których rodzic miał możliwość wyboru odpowiedzi spomiędzy podanych, ale też mógł wypowiedzieć się na dany temat dowolnie, udzielając własnej odpowiedzi. Pytania dotyczyły kwestii związanych z dostępem do placówek logopedycznych, ze źródłami wiedzy na temat możliwości uzyskania pomocy logopedycznej, z czasem oczekiwania na pierwszą wizytę, trudnościami w uzyskaniu skierowania na terapię, możliwością telefonicznego umówienia wizyty, utrudnieniami w realizacji opieki logopedycznej, oceną jakości świadczonych usług, czyli oceną kompetencji zawodowych terapeutów.

Grupę badaną (G.B.) stanowiło 247 rodziców dzieci w wieku od niemowlęcego do okresu adolescencji, które uczestniczyły w terapii logopedycznej. W sumie rozdano 300 ankiet, ale część z nich nie wróciła do badającej, a 15 odrzucono ze względu na to, że nie były w dostateczny sposób wypełnione. Najmłodsze dziecko, którego rodzic wziął udział w badaniu, ukończyło 8. miesiąc życia, najstarsze miało 16 lat. Największą grupę – 49% – stanowili rodzice dzieci w wieku przedszkolnym (n = 122), 27% to rodzice dzieci w młodszym wieku szkolnym (n = 67), 14% to rodzice dzieci w starszym

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

wieku szkolnym (n = 34), 7% to rodzice dzieci w wieku poniemowlęcym (n = 18). Najmniej liczną grupę – 3% – stanowili rodzice dzieci w wieku niemowlęcym (n = 6).

Badania rozpoczęto wiosną 2014 roku (marzec–czerwiec), a następnie kontynuowano je od października do grudnia 2014 roku na terenie województwa łódzkiego. Respondenci to mieszkańcy Łodzi, Pabianic, Zgierza, Konstantynowa Łódzkiego, Aleksandrowa Łódzkiego, Rzgowa, Tuszyna i okolicznych wsi. Przeważająca większość badanych to mieszkańcy Łodzi.

Wyniki badań

Dzieci, których rodzice wzięli udział w badaniu, uczęszczały na terapię logopedyczną do różnego typu placówek podległych Ministerstwu Edukacji Narodowej (np. szkoły, przedszkola, poradnie psychologiczno-pedagogiczne), koordynowanych przez Ministerstwo Zdrowia (np. szpitale, przychodnie, poradnie) oraz do prywatnych gabinetów. 67% badanych (n = 165) podało, że dziecko uczęszcza na terapię logopedyczną do jednej placówki, 32% badanych (n = 79) przyznało, że dziecko jednocześnie korzysta z pomocy logopedy w dwóch różnych placówkach, np. chodzi na terapię w przedszkolu, a także do prywatnego gabinetu. Trzy osoby (1%) podały, że dziecko korzysta z terapii logopedycznej w trzech różnych placówkach, np. w poradni psychologiczno-pedagogicznej (PPP), szpitalu i prywatnym gabinecie. Prawdopodobnie jest to spowodowane chęcią zwiększenia częstotliwości wizyt logopedycznych.

Najwięcej dzieci – 33% – korzysta z pomocy logopedy w przedszkolu, nieco mniej, bo 31%, w poradni psychologiczno-pedagogicznej, 20% badanych uczestniczy w terapii logopedycznej w placówkach ochrony zdrowia, takich jak szpitale, poradnie, przychodnie. W szkole z terapii logopedycznej korzysta 19% dzieci, 17% uczęszcza na terapię do prywatnego gabinetu. Najmniej dzieci korzysta z terapii logopedycznej organizowanej przez różne fundacje (8%) i w ośrodkach wczesnej interwencji (7%). Fakt, że stosunkowo rzadko dzieci korzystają z pomocy logopedy pracującego w ośrodku wczesnej interwencji, może wynikać z tego, że najmniej liczną grupę stanowiły te najmłodsze, w wieku niemowlęcym (3%) i poniemowlęcym (7%).

Do logopedów pracujących w placówkach ochrony zdrowia, ośrodkach wczesnej interwencji czy fundacjach mających podpisaną umowę na świadczone usługi z Narodowym Funduszem Zdrowia potrzebne jest skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Skierowanie na terapię logopedyczną potrzebne było 85 ankietowanym, spośród których tylko dwoje rodziców (2%) potwierdziło trudności z jego uzyskaniem.

Jedno z pytań ankiety dotyczyło przyczyny zgłoszenia się na terapię logopedyczną. Ponieważ rodzice mieli możność zaznaczenia wszystkich powodów szukania pomocy logopedy, podawane wartości procentowe nie sumują się do 100%. Najczęściej wskazywaną przyczyną były zaburzenia artykulacyjne (trudności z wymową głosek). Takiej odpowiedzi udzieliło 60% badanych, czyli 149 osób. Jest to zgodne ze statystykami logopedycznymi, według których wady artykulacyjne są najczęstszym zaburzeniem mowy wśród dzieci [Węsierska, 2013; Rządzka, Rządzki, 1996; Jastrzębowska, 1994]. W następnej kolejności rodzice jako przyczynę wskazywali: opóźnio-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

ny rozwój mowy (ORM) związany z opóźnieniem rozwoju psychoruchowego/upośledzeniem umysłowym (19%), ORM występujący bez ewidentnej przyczyny (16%), ORM związany z autyzmem (7%), ORM związany z wadą słuchu (4%), ORM związany z dyzartrią na podłożu mpd (4%), jąkanie (3%), ORM związany z uszkodzeniem układu nerwowego (poza dyzartrią) (3%), zaburzenia głosu (2%), trudności związane z przyjmowaniem pokarmów (2%), ORM związany z rozszczepem wargi i podniebienia (1%), afazję dziecięcą (1%), dwujęzyczność dziecka (1%).

Tabela 1. Wykaz placówek z uwzględnieniem liczby dzieci realizujących w nich terapię logopedyczną

Lp.	Typ placówki	Dzieci	
		N	%
1.	Przedszkole	81	33
2.	Poradnia psychologiczno-pedagogiczna	76	31
3.	Placówka ochrony zdrowia	49	20
4.	Szkoła	48	19
5.	Prywatny gabinet	42	17
6.	Fundacja	19	8
7.	Ośrodek wczesnej interwencji	17	7

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Zestawienie podawanych przez respondentów przyczyn zgłoszenia się do logopedy

Lp.	Przyczyny podjęcia terapii logopedycznej przez dzieci	Dzieci	
		N	%
1.	Zaburzenia artykulacyjne	149	60
2.	ORM u dziecka z opóźnieniem rozwoju umysłowego/upośledzonego umysłowo	47	19
3.	ORM bez ewidentnej przyczyny	39	16
4.	ORM u dziecka autystycznego	18	7
5.	ORM u dziecka z wadą słuchu	9	4
6.	ORM u dziecka z dyzartrią na podłożu mpd	9	4
7.	Jąkanie	7	3
8.	ORM u dziecka z uszkodzeniem oun (poza dyzartrią)	7	3
9.	Zaburzenia głosu	6	2
10.	Trudności związane z przyjmowaniem pokarmów	5	2
11.	ORM związany z rozszczepem wargi i podniebienia	3	1
12.	Afazja dziecięca	2	1
13.	Dwujęzyczność dziecka	2	1

Źródło: opracowanie własne.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Badani zostali poproszeni o wskazanie osoby, która zwróciła uwagę na problemy komunikacyjne dziecka i zaleciła konsultację logopedy. Spośród wszystkich rodziców, którzy wzięli udział w badaniach, 113 respondentów, co stanowi 46% badanej populacji, wskazało na jedną taką osobę, 54% ankietowanych (n = 134) wymieniło dwie osoby, które dostrzegły potrzebę konsultacji logopedy, np. nauczyciela przedszkola lub psychologa, ale także podkreśliło, że sami widzieli potrzebę wizyty u logopedy. Rodzice najczęściej odpowiadali, że to nauczyciel przedszkola lub szkoły dostrzegł problemy w rozwoju komunikacji językowej ich dziecka (55% badanych). Potwierdza to istotną rolę pedagogów w identyfikowaniu dzieci wymagających specjalistycznej pomocy logopedy. 43% rodziców podało, że to oni dostrzegli potrzebę konsultacji u logopedy, a sugestia ze strony nauczyciela, lekarza czy psychologa potwierdziła tylko ich przypuszczenia. Taka deklaracja może uwiarygodnić tezę o wzroście świadomości społecznej związanej z problematyką zaburzeń mowy. Może też wynikać z chęci przedstawienia siebie w „lepszym świetle", jako odpowiedzialnych rodziców. W dalszej kolejności respondenci wśród osób zalecających wizytę u logopedy podawali: psychologa (19%), pediatrę z rejonowej poradni zdrowia (14%), lekarza specjalistę podczas hospitalizacji dziecka (11%), pozostałych członków rodziny/znajomych (11%), rehabilitanta (0,5%), opiekunkę dziecka (0,5%).

Wybierając placówkę albo konkretnego logopedę, rodzice kierowali się opiniami różnych osób. Najczęściej respondenci wymieniali nauczyciela przedszkola lub szkoły (33% odpowiedzi). Dość często kierowali się zdaniem znajomych lub pozostałych członków rodziny, którzy korzystali wcześniej z opieki logopedycznej. Takiej odpowiedzi udzieliło 28% badanych. 15% rodziców przy wyborze placówki bądź logopedy kierowało się własnymi doświadczeniami związanymi z uczęszczaniem na terapię starszego dziecka lub dzieci. Dla 14% respondentów ważna w tym względzie była opinia psychologa, a dla 7% sugestia lekarza. Zaskakujący może być fakt, że w dobie popularności Internetu tylko dla 2% respondentów stanowił on wskazówkę w szukaniu pomocy logopedycznej. 1% rodziców, wybierając logopedę, kierował się opinią rehabilitanta.

Jeśli chodzi o czas oczekiwania na pierwszą wizytę u logopedy, najczęściej podawanymi odpowiedziami były: „około miesiąca" (34% wskazań) i „około 2 tygodni" (27% wskazań). 17% ankietowanych określiło, że czas oczekiwania na wizytę u logopedy wynosił „dłużej niż miesiąc", a 15% rodziców podało odpowiedź „około tygodnia". 4% respondentów udzieliło odpowiedzi, że pierwsza wizyta u terapeuty odbyła się „w dniu zgłoszenia". Niepokoić może fakt, że 2% ankietowanych udzieliło odpowiedzi „ponad 2 miesiące", a 1% „ponad 3 miesiące". Wszyscy badani (100%) podali, że mieli możliwość telefonicznego umówienia wizyty.

Spośród wszystkich respondentów 41% (n = 101) stanowią osoby, które dokonały zmiany placówki logopedycznej, w której ich dzieci rozpoczynały terapię, 59% (n = 146) to respondenci, których dzieci kontynuują terapię logopedyczną w placówce, w której ją rozpoczęły. Badani wymienili różne przyczyny zmiany placówki/logopedy (w tym pytaniu respondenci mieli możliwość zaznaczenia wszystkich istotnych ich zdaniem powodów, dlatego też podawane wartości procentowe nie sumują się do 100%). Najwięcej, bo 59 osób (58%), wśród przyczyn zmiany placówki podało zbyt małą częstotliwość wizyt, 56 osób (55%) wskazało na brak oczekiwanych postępów

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

w terapii dziecka, 49 osób (49%) wskazało na brak dostatecznej informacji ze strony logopedy na temat istoty diagnozy i terapii, 41 respondentów (41%) podało jako przyczynę odbywanie się terapii podczas pobytu dziecka w przedszkolu i w związku z tym brak kontaktu z logopedą. 17 osób (17%) podało tzw. naturalne przyczyny, czyli sytuację, kiedy dziecko kończy edukację przedszkolną, podczas której uczestniczyło w terapii logopedycznej w przedszkolu i rozpoczyna naukę szkolną, w związku z czym następuje w naturalny sposób zmiana miejsca odbywania terapii. 6 respondentów (6%) wskazało na trudności z dojazdem na terapię, dla 3 osób (3%) powodem była konieczność płacenia za wizyty. Dwie osoby (2%) jako przyczynę zmiany placówki podały zmianę miejsca zamieszkania dziecka, jeden respondent (1%) w odpowiedzi napisał: „brak zaufania do logopedy i niski poziom jego umiejętności". Jedna z badanych osób (1%) jako powód zmiany placówki podała „nieadekwatny do oczekiwań charakter terapii". W tym ostatnim przypadku rodzic wyjaśnił, że nieadekwatność terapii polegała na tym, że dziecko realizowało przede wszystkim różnego rodzaju prace plastyczne – rysowanie, wyklejanie, lepienie, a brakowało ćwiczeń korygujących wadliwą artykulację.

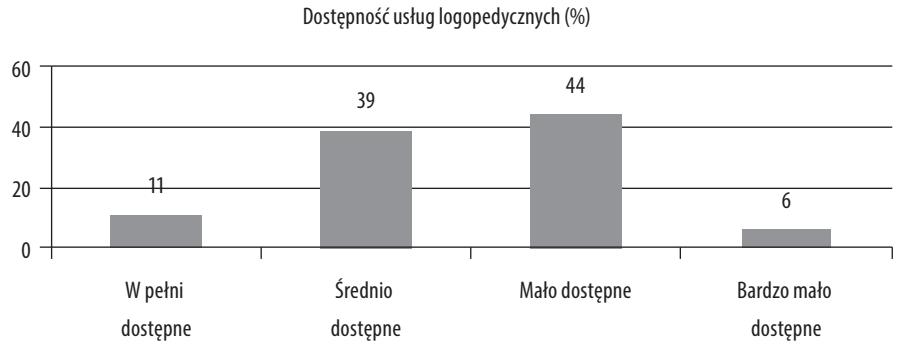
Czynnikiem korzystnie wpływającym na opiekę logopedyczną jest współpraca terapeutów z rodzinami pacjentów. W badaniach przyjęto, że wskaźnikami dobrej współpracy logopedy z rodzicami dzieci uczestniczących w terapii jest: udzielanie wyczerpujących informacji na temat istoty diagnozy i terapii dziecka, wyjaśnienie podczas pierwszej wizyty potrzeby udziału rodziców w procesie terapeutycznym, informowanie na bieżąco, w jaki sposób kontynuować terapię w domu. 59% badanych (n = 146) potwierdziło, że uzyskali od logopedów wystarczające informacje dotyczące diagnozy i postępowania terapeutycznego. Pozostali (41% badanej populacji, n = 101) udzielili negatywnej odpowiedzi. Jasne i wyczerpujące odpowiedzi na wszelkie pytania rodziców, racjonalizacja ich lęków, zrozumiale sformułowana diagnoza oraz nakreślenie możliwych do osiągnięcia efektów terapii wpływa korzystnie na budowanie zaufania do terapeuty, a co za tym idzie – przyczynia się do sukcesu terapii. Tylko 76 osób biorących udział w badaniu (31%) zostało podczas pierwszej wizyty poinformowanych przez logopedę o konieczności współpracy rodziców w terapii dziecka. Brak wyjaśnień dotyczących roli rodziców w procesie terapeutycznym małego dziecka może stanowić jeden z czynników rzutujących negatywnie na postępy w terapii. Korzystniej przedstawia się kwestia przekazywania przez logopedów na kolejnych spotkaniach informacji na temat tego, jak kontynuować terapię w domu. 2% respondentów (n = 153) potwierdziło, że są na bieżąco informowani, w jaki sposób czynić to w domu.

Ważną rolę we wczesnym identyfikowaniu problemów w rozwoju komunikacji językowej dzieci mogą pełnić pediatrzy. Dlatego też dwa z pytań ankiety dotyczyły właśnie tej kwestii. Badania wykazały, że 165 respondentom (67%) pediatrzy podczas rutynowych badań lekarskich zadawali pytania dotyczące rozwoju mowy dziecka (osiągania przez dziecko poszczególnych etapów rozwoju mowy), co jednak nie zawsze przekładało się na wystawienie skierowania do logopedy (lekarze pediatrzy tylko w 14% przypadków byli osobami zalecającymi konsultację logopedy). Zdecydowanie mniej pediatrów zadawało rodzicom pytania dotyczące sposobu karmienia dziecka i ewentualnych trudności z tym związanych. Tylko 37% respondentów

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

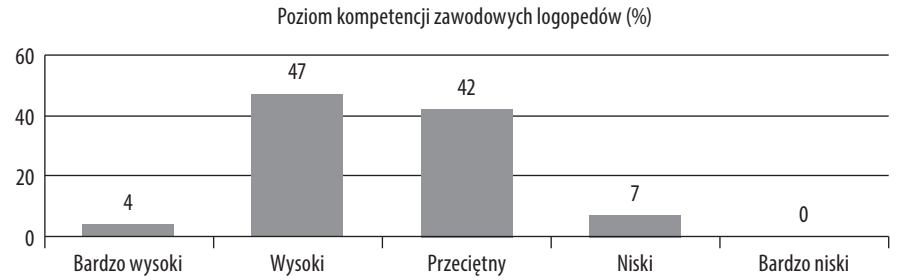
(n = 92) potwierdziło, że pediatrzy pytali o trudności związane z przyjmowaniem przez dziecko pokarmów, umiejętność ssania, żucia, gryzienia czy połykania. Może to świadczyć o niedostatecznej wiedzy wśród lekarzy na temat wczesnych uwarunkowań rozwoju mowy i roli czynności prymarnych w powstawaniu zaburzeń komunikacji językowej.

Rodzice zostali poproszeni o wyrażenie swojej opinii na temat dostępności usług logopedycznych, na podstawie własnych doświadczeń związanych z poszukiwaniem placówki logopedycznej/logopedy. 109 badanych (44%) określiło, że usługi logopedyczne są mało dostępne, a 16 osób (6%), że są bardzo mało dostępne. Tylko 27 respondentów (11%) oceniło usługi logopedyczne jako w pełni dostępne, 95 ankietowanych (39%) określiło, że usługi logopedyczne są średnio dostępne.



Ryc. 1. Rozkład odpowiedzi ankietowanych dotyczących dostępu do usług logopedycznych

Źródło: badania własne.



Ryc. 2. Rozkład odpowiedzi ankietowanych dotyczących poziomu kompetencji zawodowych logopedów/jakości usług logopedycznych

Źródło: badania własne.

Oceniając poziom kompetencji zawodowych logopedów, który utożsamiono z jakością usług logopedycznych, 116 badanych (47%) określiło go jako wysoki, a 9 osób

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

(4%) jako bardzo wysoki. 104 respondentów (42%) określiło, że jest on przeciętny, tylko 18 rodziców (7%) odpowiedziało, że poziom kompetencji zawodowych logopedów jest niski. Żaden z badanych nie określił umiejętności profesjonalnych terapeutów zaburzeń mowy jako bardzo niskie.

Wnioski

Przeprowadzone badania poświęcone były poznaniu opinii rodziców dzieci uczestniczących w diagnozie i terapii logopedycznej na temat jakości i dostępności opieki logopedycznej. Ponieważ grupa badana liczyła 247 osób, nie można generalizować wyników na wszystkich odbiorców usług logopedycznych, ale powinny one skłonić do refleksji nad oddziaływaniami diagnostyczno-terapeutycznymi i zachęcić do przemyśleń na temat ich organizacji. Uwzględniając poczynioną uwagę, przeprowadzone badania można podsumować w postaci następujących wniosków:

1. Należy zwiększyć dostęp do usług logopedycznych. Aż 50% badanych oceniło go jako niewystarczający, z czego 44% określiło go jako mały, a 6% jako bardzo mały. Tylko 11% respondentów uznało, że usługi logopedyczne są w pełni dostępne. 39% badanych rodziców uznało, że usługi logopedyczne są średnio dostępne. Większa dostępność usług logopedycznych skróciłaby czas oczekiwania na pierwszą wizytę u logopedy i zwiększyła częstotliwość spotkań terapeutycznych.
2. Za zadowalający można uznać poziom kompetencji zawodowych logopedów, a co za tym idzie – jakość usług logopedycznych. 51% badanych oceniło go jako wysoki i bardzo wysoki (47% i 4% wskazań). 7% badanych uznało go za niski, a 42% za przeciętny.
3. Ponieważ 42% badanych oceniło poziom kompetencji zawodowych logopedów jako przeciętny, a 7% respondentów jako niski, istotne jest dążenie do podnoszenia umiejętności zawodowych logopedów poprzez wspieranie działalności samokształceniowej terapeutów oraz promowanie idei kształcenia ustawicznego.
4. W tym kontekście należy z jeszcze większą starannością czuwać nad systemem kształcenia przyszłych logopedów, zwłaszcza nad odpowiednim doborem treści kształcenia oraz liczbą godzin niezbędnego przygotowania teoretycznego i praktycznego.
5. Należy dążyć do jak najszerszego upowszechniania wśród terapeutów zaburzeń mowy wyników badań z zakresu logopedii i nauk pokrewnych, bo może to w sposób znaczący przyczynić się do wzrostu kompetencji zawodowych logopedów, a tym samym podniesienia jakości opieki logopedycznej.
6. Trzeba pamiętać, że pomimo ogólnie pozytywnej oceny umiejętności zawodowych logopedów, 41% wszystkich badanych dokonało zmiany placówki logopedycznej/logopedy, wśród powodów podając między innymi: brak oczekiwanych efektów terapii (58%) czy brak dostatecznych informacji na temat diagnozy i terapii logopedycznej ze strony terapeuty (49%).
7. Należy poddać krytycznej ocenie zasadność prowadzenia terapii logopedycznej w przedszkolach w formule, w której rodzic nie ma kontaktu z logopedą.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Wśród przyczyn zmiany placówki logopedycznej 41% rodziców podało brak kontaktu z logopedą, kiedy terapia odbywała się w przedszkolu.

8. Badania potwierdziły, że szczególną uwagę trzeba przykładać do współpracy z rodzicami dzieci uczestniczących w terapii. Standardem współpracy powinno być przekazywanie informacji na temat diagnozy dziecka, przyczyn zaburzenia mowy, możliwości uzyskania poprawy lub usunięcia zaburzenia, a także celu poszczególnych ćwiczeń i postępów w terapii. Takie informacje otrzymało 59% respondentów, 62% rodziców potwierdziło, że są na bieżąco informowani o tym, jak kontynuować ćwiczenia w domu. Bardzo istotną kwestią jest przekazywanie rodzicom dzieci uczestniczących w terapii informacji na temat roli rodzica w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Badania wykazały, że tylko 31% respondentów otrzymało takie informacje od logopedy podczas pierwszej wizyty.
9. Wyniki badań uzasadniają potrzebę zacieśniania współpracy z innymi specjalistami (lekarzami, psychologami, nauczycielami itp.) w celu wczesnej identyfikacji dzieci wymagających konsultacji logopedycznej, a tym samym zwiększenia efektywności działań terapeutycznych. Istotne jest propagowanie wiedzy logopedycznej wśród tych specjalistów.

Jak wspomniano we wprowadzeniu do artykułu, logopedzi mają realny wpływ tylko na pewne czynniki dotyczące organizacji opieki logopedycznej – te związane z jej jakością. Dlatego też powinni koncentrować się właśnie na nich, dążąc do doskonalenia umiejętności diagnostyczno-terapeutycznych. Zadowalająca ocena kompetencji zawodowych logopedów, wynikająca z przeprowadzonych badań, nie powinna zwalniać z dalszej troski o jakość świadczonych usług i z dążenia do podnoszenia ich poziomu. W kwestii dostępności usług logopedycznych, określonej jako niewystarczająca, logopedom pozostaje wywieranie wpływu na decydentów poprzez przedstawicieli środowiska logopedycznego działających w organizacjach zawodowych.

Bibliografia

Czerw Aleksandra, Religioni Urszula, Olejniczak Dominik, 2012, *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii", 93 (2), s. 269–273.

Gacka Ewa, 2012, *Trends in Development of Speech-language Care Versus Social-demographic Changes*, w: Anna Sobczak, Marta Znajmiecka-Sikora (red.), *Development and Supporting the development from the Perspective of the Human Sciences – Opportunities and Threats*, Łódź, s. 129–138.

Gunia Grażyna, 2011, *Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce*, w: Grażyna Gunia, Viktor Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków, s. 53–67.

Jarosz Ewa, Wysocka Ewa, 2006, *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa.

Jastrzębowska Grażyna, 1994, *Determinanty polskiego systemu opieki logopedycznej (na przykładzie województwa opolskiego)*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Logopedycznego", 2, s. 68–73.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Jastrzębowska Grażyna, 2003, *Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Logopedia – Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Interdyscyplinarne podstawy logopedii*, t. 1, Opole, s. 301–314.
Logopedia, 2008, Standardy postępowania logopedycznego, nr 37.
Łobocki Mieczysław, 2006, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków.
Pilch Tadeusz, Bauman Teresa, 2001, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa.
Rządzka Mira, Rządzki Jerzy, 1996, *Program profilaktyki zaburzeń mowy w przedszkolu*, w: *Profilaktyka logopedyczna szansą dla dziecka i logopedy. Materiały pokonferencyjne*, Warszawa.
Słodownik-Rycaj Ewa, 2007, *System opieki logopedycznej w Polsce i Anglii*, Warszawa.
Węsierska Katarzyna, 2013, *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*, Toruń.

Summary

Speech therapy care is primarily the diagnosis and therapy of speech disorders. Properly functioning speech therapy care allows you to meet the needs of people of different ages and with different types of speech disorders. The article gives the results of own research on the assessment of the availability and quality of speech therapy care. The test group were parents of children between the age of infancy till adolescence period who have participated in the speech therapy. The questionnaire survey was used to conduct the research. The survey was voluntary and anonymous. The research was conducted on the territory of Lodz and in the surrounding area. After introducing the assessment of the therapy care made by the parents, the author formulates the conclusions of the conducted studies pointing to the operation areas of the speech therapy services in which corrections should be made.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Renata Marciniak-Firadza
Uniwersytet Łódzki*

ELEMENTY METODY WERBOTONALNEJ[1] W TERAPII DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ

VERBOTONAL METHOD ELEMENTS IN THERAPY FOR CHILDREN WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Słowa kluczowe: logopedia, niepełnosprawność intelektualna, metoda werbotonalna.
Keywords: speech therapy, intellectual disability, verbotonal method.

Henry Viscardi – osoba niepełnosprawna – pisze, że „[…] każdy chce kochać i być kochanym, nie różnić się niczym od reszty świata, mieć zwyczajny los, mimo że się nie jest zwyczajnym […]" [Viscardi, 1973, s. 11]. I dalej, zwracając się do osób niepełnosprawnych: „Im bardziej uczciwie, obiektywnie i naturalnie potraktujesz ograniczenie spowodowane twoim upośledzeniem, tym większe będziesz miał szanse znalezienia drogi wyjścia czy zupełnego pokonania twoich ograniczeń" [Viscardi, 1973, s. 45].

Co to jest niepełnosprawność intelektualna?

Termin „niepełnosprawność intelektualna", stosowany coraz częściej w polskiej literaturze przedmiotu, został wprowadzony w 1997 roku przez Polski Zespół do Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym, zgodnie ze wskazaniami Międzynarodowego Stowarzyszenia do Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities – IASSID) jako mniej stygmatyzujący niż termin „upośledzenie umysłowe", choć w międzynarodowych klasyfikacjach medycznych ICD-10 oraz DSM-IV funkcjonuje ten drugi [por. Bobkowicz-Lewartowska, 2011, s. 10]. W artykule traktuję oba te terminy jako synonimiczne.

* Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.

1 W literaturze przedmiotu spotykamy trzy zapisy omawianej metody: metoda werbo-tonalna, verbotonalna i werbotonalna. W artykule przyjmuję trzeci zapis.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Niepełnosprawność intelektualna jest zjawiskiem niejednorodnym i wielowymiarowym, co znajduje wyraz w definicjach zawierających zarówno elementy psychologiczne, jak i społeczne, i wpływa na zastosowanie w diagnozie zarówno pomiaru sprawności intelektualnej, jak i przystosowania społecznego, por. definicję Amerykańskiego Stowarzyszenia Upośledzenia Umysłowego (American Association on Mental Retardation – AAMR) z 1992 roku:

> Upośledzenie umysłowe charakteryzuje się istotnie niższym niż przeciętne funkcjonowaniem intelektualnym, z jednocześnie współwystępującym ograniczeniem w zakresie dwóch lub więcej spośród następujących umiejętności przystosowawczych: porozumiewania się, samoobsługi, trybu życia domowego, uspołecznienia, korzystania z dóbr społeczno-kulturalnych, samodzielności, troski o zdrowie i bezpieczeństwo, umiejętności szkolnych, organizowania czasu wolnego i pracy. Upośledzenie umysłowe ujawnia się przed 18. rokiem życia [Bobkowicz-Lewartowska, 2011, s. 9].

Niepełnosprawność ta, będąc „zespołem różnorodnych zaburzeń, których podstawową cechą jest ukształtowanie się procesów poznawczych poniżej poziomu uważanego za przeciętny" [Żyta, 2005, s. 169–170], nie stanowi określonej jednostki nozologicznej, jest to szereg zaburzeń spowodowanych różnymi czynnikami przyczynowymi, mającymi niejednakową patogenezę oraz zmienny obraz kliniczny i przebieg. Osoby niepełnoprawne intelektualnie różnią się znacznie nie tylko poszczególnymi stopniami, ale także w ich obrębie, co wynika z faktu, że każda z tych osób „ma odrębne doświadczenia, potencjał i warunki rozwoju" [Żyta, 2005, s. 170], czyli w różnym stopniu oddziałują na nie czynniki natury konstytucjonalnej, psychologicznej i społecznej.

Istotą niepełnosprawności intelektualnej są różnego rodzaju uszkodzenia i niedorozwoje centralnego układu nerwowego, szczególnie kory mózgowej, które powstały na skutek wielu różnych czynników i procesów działających na układ nerwowy we wczesnym okresie życia człowieka – prenatalnym, perinatalnym bądź postnatalnym. Objawem niepełnosprawności intelektualnej jest niedorozwój wyższych czynności poznawczych, w tym mowy i szeroko pojętej komunikacji. Temu typowi niepełnosprawności często towarzyszą duże zakłócenia w procesach poznawczo-emocjonalnych, trudności w skupieniu uwagi, konkretyzm myślenia, słaba pamięć, mało rozwinięta wyobraźnia, ubogie słownictwo, często wady wymowy [Minczakiewicz, 2002, s. 247; Wasilewska, 2005, s. 183]. Poza zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym, poziom sprawności różnych funkcji u osób upośledzonych umysłowo determinowany jest „innymi, towarzyszącymi upośledzeniu czynnikami, tj. schorzeniami i zaburzeniami rozwojowymi (np. zespół Downa, rozszczep podniebienia i wargi, mózgowe porażenie dziecięce, wady wzroku, słuchu itp.) oraz szeroko pojętym wychowaniem" [Minczakiewicz, 2002, s. 247–248].

Należy podkreślić, że mimo długotrwałych badań, które prowadzono w XX wieku, mimo ciągłego postępu medycyny, psychologii, pedagogiki i całego szeregu dyscyplin naukowych, mimo stale postępujących zmian w mentalności ludzkiej – niepełnosprawność intelektualna (zwłaszcza głębszych stopni) wciąż jest obiektem licznych uprzedzeń i negatywnych stereotypów oraz fałszywych przekonań na temat potrzeb i zdolności osób z omawianym typem niepełnosprawności. Jak pisze Agnieszka Żyta: „Współczesne

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

wyniki badań dowodzą, że problemy z rehabilitacją osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w znacznie mniejszym stopniu wynikają z ich możliwości poznawczych, natomiast w dużej mierze są rezultatem niewłaściwego doboru metod wspomagania i usprawniania oraz trudności z komunikacją" [Żyta, 2005, s. 169].

Rozwój mowy u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie

W logopedii zaburzenia mowy i języka u jednostek z różnym stopniem upośledzenia umysłowego określa się najczęściej mianem oligofazji i dyslogii, a w nowszych ujęciach definiuje się jako specyficzne zaburzenia występujące w mowie osób z niepełnosprawnością intelektualną [Błeszyński, 2013, s. 70–71].

U osób z niepełnosprawnością intelektualną mamy do czynienia z całym spektrum zaburzeń w zakresie rozwoju komunikacji, mowy i języka – od całkowitego braku gotowości do porozumiewania się, po zaburzenie zdolności inicjowania i podtrzymywania rozmowy z innymi, mimo dobrego opanowania mowy i języka [Wolska, 2002, s. 213], od braku możliwości porozumiewania się, przez wykorzystanie komunikacji alternatywnej i wspomaganej, do opóźnień w rozwoju mowy czy nieprawidłowości artykulacyjnych [Błeszyński, 2013, s. 40]. Należy jednak podkreślić, że u osób tych istnieje, nie mniej niż u innych, w pełni sprawnych intelektualnie ludzi, silna potrzeba komunikowania się z otoczeniem.

Do głównych czynników wpływających na kształtowanie się mowy dzieci z niepełnosprawnością intelektualną można zaliczyć:

1) poziom rozwoju (stopień upośledzenia umysłowego; generalnie można przyjąć, że im głębsze upośledzenie umysłowe, tym poważniejsze jest opóźnienie rozwoju mowy [Tarkowski, 2003, s. 205]);
2) środowisko, w jakim dziecko się wychowuje;
3) możliwości, jakie są wykorzystywane do stymulowania, wspomagania, a często kompensowania i rozwoju funkcji niezaburzonych;
4) zaburzenia związane z koncentracją uwagi, pamięcią, motoryką, mogące utrudniać nabywanie umiejętności oraz funkcji społecznych;
5) współwystępujące choroby, zaburzenia i inne ograniczenia [Błeszyński, 2013, s. 40].

Według Zbigniewa Tarkowskiego [2003, s. 203] można wyróżnić dwa zasadnicze modele rozwoju mowy osób upośledzonych umysłowo: inny u jednostek lekko upośledzonych i inny u upośledzonych w stopniu głębszym.

Ponieważ tematyka artykułu dotyczy osób z upośledzeniem w stopniu głębszym, dlatego skupię się tylko na tej grupie.

Model rozwoju mowy osób głębiej upośledzonych umysłowo różni się zasadniczo od modelu rozwoju mowy w normie, ponieważ:

1) jednostki głębiej niedorozwinięte mają ewidentny deficyt biologicznego mechanizmu rozwoju mowy;
2) osoby te różnią się od jednostek normalnych zarówno pod względem liczby, jak i jakości przeprowadzanych operacji językowych;
3) rozwój mowy osób głębiej upośledzonych jest autonomiczny, żaden bowiem etap tego rozwoju nie stanowi pełnego powielenia analogicznego stadium roz-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

woju jednostek pełnosprawnych umysłowo; prawidłowo rozwijający się czterolatek jest sprawnym użytkownikiem języka, natomiast jego upośledzony rówieśnik albo jeszcze milczy, albo z trudnością tworzy nieliczne wyrazy i buduje nieporadne zdania;

4) na każdym z tych etapów (wyrazu, zdania, wypowiedzi) dzieci głębiej niedorozwinięte ponoszą ewidentne straty, które są nie do wyrównania; w wyniku ich kumulowania się kształtuje się język mocno ograniczony, ze specyficzną składnią, semantyką i fonologią [Tarkowski, 2003, s. 204, 206].

Grażyna Jastrzębowska i Olga Pelc-Pękala wyróżniają następujące cechy mowy osób z upośledzeniem w stopniu umiarkowanym i znacznym:

1) zwolnione tempo mowy, często zaburzona jest płynność mowy (objawowo przypominająca jąkanie),
2) mowa jest bełkotliwa, artykulacja wyraźnie zamazana,
3) trudności w posługiwaniu się swobodną mową, a wypowiedziom często towarzyszą gesty wspomagające,
4) mowa może być ograniczona do zdań dwuwyrazowych lub tylko do kilku słów,
5) zasób leksykalny jest ubogi [Jastrzębowska, Pelc-Pękala, 2003, s. 457].

Wielu badaczy podejmujących próby wyjaśnienia istoty zaburzeń komunikacyjnych u osób głębiej upośledzonych umysłowo uważa, że przyczyną ich powstawania są między innymi nieprawidłowości w zakresie myślenia, uwagi, pamięci, percepcji wzrokowej i słuchowej, a także koordynacji wzrokowo-ruchowej, a te ograniczają równocześnie rozwój mowy [por. Minczakiewicz, 2002, s. 256–257].

Metody rewalidacji dzieci niepełnosprawnych intelektualnie

O ile pierwsza połowa XX wieku upłynęła pod znakiem głoszenia haseł o niemożności kształcenia osób zdiagnozowanych jako głębiej upośledzone umysłowo [por. Żyta, 2005, s. 170], o tyle współcześnie obserwujemy podejście do osób niepełnosprawnych, mające na celu doskonalenie ich umiejętności komunikacyjnych i społecznych z wykorzystaniem nowych metod pracy.

Należy podkreślić, że dziecko upośledzone umysłowo napotyka wiele utrudnień w realizacji potrzeby kontaktu i wzajemnego porozumiewania się (rozumienia i bycia rozumianym). Trudności w opanowaniu mowy, a co za tym idzie w odbieraniu i nadawaniu komunikatów słownych związanych z wyrażeniem swoich zamiarów, intencji, uczuć, powodują, że niezbędne staje się poszukiwanie przez nauczyciela/terapeutę nowych metod pozwalających na rewalidację.

Wprowadzenie w 1997 roku obowiązku szkolnego dla uczniów z głęboką niepełnosprawnością intelektualną oraz nowych programów nauczania, uwzględniających nowe poglądy na edukację osób niepełnosprawnych, dało z jednej strony nauczycielom/terapeutom prawo wyboru metod, form pracy i środków dydaktycznych, a z drugiej stworzyło, poprzez uwzględnienie zasad ortodydaktyki, korzystniejsze warunki wspomagania rozwoju, a przede wszystkim wiązało się z aktywizacją poszukiwań metod pracy z takimi osobami. Do najbardziej znanych i wykorzysty-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

wanych w terapii metod należą między innymi: metoda Marianny i Christophera Knillów, Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, integracja sensoryczna A. Jean Ayers, metoda Glenna Domana, metoda Felicji Affolter, metoda Paula Dennisona, program stymulacji od podstaw Andreasa Fröhlicha, metoda Marii Montessori, nauczanie kierowane Andrása Petö, usprawnianie ruchowe Václava Vojty, metoda Berty i Karla Bobathów czy Sala Doświadczania Świata Snoezelen. Poza tymi metodami, zapożyczonymi z innych krajów, zaczęły powstawać programy polskich autorów, między innymi Małgorzaty Kwiatkowskiej [1997], Jacka Kielina [1999], Marii Piszczek i współpracowników z Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej [*Edukacja uczniów...*, 2000; *Przewodnik dla nauczycieli...*, 2001; 2002] czy metoda „dwuczłowieka" Stanisława Kowalika [2001].

Terapia logopedyczna osób niepełnosprawnych intelektualnie, będąca elementem rewalidacji, której istotą jest szeroko rozumiane wychowanie językowe, nastawiona jest, jak piszą Grażyna Jastrzębowska i Olga Pelc-Pękala: „na wszechstronną stymulację rozwoju pacjenta, co osiąga się poprzez ćwiczenia ruchowe, ukierunkowaną zabawę, wprowadzanie elementów muzyki i ogólnorozwojowe ćwiczenia logopedyczne" [2003, s. 462], na takie działania, które „pobudzą aktywność własną [dziecka – przypis R.M.-F.], pozwolą na ujawnienie tkwiących w każdym człowieku potencjalnych zdolności" [Pilecki i in., 2002, s. 12].

Jak widać, edukacja i rewalidacja opiera się na następujących paradygmatach:

1) wykorzystaniu metod aktywizujących, które stawiają na działanie, odkrywanie, przeżywanie sytuacji zadaniowych;
2) uwzględnianiu takich metod stymulacji, które pobudzają samodzielność i kreatywną aktywność;
3) wszechstronnym usprawnianiu dziecka niepełnosprawnego z wykorzystaniem jego możliwości, zainteresowań, indywidualnych predyspozycji;
4) kształceniu i wychowaniu z wykorzystaniem wszystkich możliwych konwencjonalnych i niekonwencjonalnych środków i metod stymulacji do rozwoju.

Jedną z metod stymulujących rozwój komunikacji jest metoda werbotonalna.

Co to jest metoda werbotonalna?

Metoda werbotonalna, będąca systemem werbotonalnym, odnoszącym się zarówno do audiometrii werbotonalnej, jak również do rewalidacji osób z uszkodzonym narządem słuchu, została stworzona w latach czterdziestych i pięćdziesiątych XX wieku i opisana w pracy *Lingwistyka mowy* przez profesora Petara Guberinę, dyrektora Instytutu Fonetyki oraz Centrum Rehabilitacji Słuchu i Mowy w Zagrzebiu, glottodydaktyka i lingwistę.

Metoda ta, stosowana w ponad czterdziestu krajach, sprowadzona została do Polski przez doktor Zofię Kułakowską – wybitnego neuropediatrę, członka Rady Naukowej Programu „Dźwięki Marzeń", wieloletniego pracownika Medycznego Centrum Audiofonologii w Brukseli. Wchodzi ona, obok diagnostyki werbotonalnej, metody audiowizualnej – globalnostrukturalnej, metody werbotonalnej lingua (do nauki języków obcych), w skład systemu werbotonalnego, a sama składa się z kilku

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

technik, do których należą między innymi: zabawy fonacyjne, rytm ciała, rytm muzyczny, drama, ćwiczenia równowagi, graficzne odwzorowanie rytmów [Prożych, 2014, s. 74]. W artykule omówię krótko trzy pierwsze techniki.

I tak, istotą zabaw fonacyjnych jest przyporządkowanie każdej samogłosce oraz wybranym spółgłoskom rekwizytów-zabawek wprawianych w ruch (pacynki, pluszowe zabawki, piłki, instrumenty perkusyjne, bączki, kolorowe kółka, piłeczki, lalki, autka, sprężyny, pompony, wstążki na patykach, chusty itp.). Poprzez odpowiednie poruszanie zabawkami (najpierw w jednym kierunku, a w późniejszych etapach w różnych), budowanie napięcia emocjonalnego poprzez mimikę twarzy i spontaniczną ekspresję głosową oraz równocześnie wydawanie głosu zsynchronizowanego z zabawą, dziecko tworzy skojarzenia pomiędzy poszczególnymi przedmiotami i odpowiadającymi im dźwiękami i po jakimś czasie dzięki temu zaczyna wokalizować. Makroruchy zabawki mają bowiem ilustrować i ułatwiać wywołanie odpowiednich ruchów artykulacyjnych. Należy dodać, że artykulacja dźwięku towarzysząca ruchowi zabawki ma trwać tak długo, jak długo porusza się przedmiot, zgodnie z zasadą mówiącą, że początek i koniec ruchu to obraz początku i końca artykulacji [por. Trochymiuk, 2007, s. 131].

Zabawy fonacyjne to nie tylko wywołanie fonemu, ale również utrwalenie głoski w sylabach śpiewanych czy wypowiadanych rytmicznie, utrwalanie głoski w różnych pozycjach w nagłosie, śródgłosie i wygłosie, rytmizacja sylab czy różnicowanie sylab o różnej budowie.

Jeśli chodzi o rytm ciała, to jest on wykorzystywany w terapii do produkcji dźwięków, poprawy artykulacji oraz tworzenia słów, a następnie zdań. Są to ćwiczenia związane z dużymi ruchami całego ciała, odzwierciedlającymi ruchy narządów artykulacyjnych. Każdy fonem ma przypisany ruch ciała, a każdemu ruchowi towarzyszy głos. „Jest to fundamentalna zasada metody verbotonalnej – ruch jest wtedy, gdy jest głos; nie ma ruchu, nie ma głosu" [Prożych, 2014, s. 74–75].

Celem zabaw z wykorzystaniem rytmu muzycznego jest przekazanie maksymalnej liczby elementów mowy, takich jak rytm, melodia, akcent, pauzy, intonacja, za pomocą wyliczanek, rymowanek, piosenek i innych rytmizowanych tekstów. Dziecko, dzięki poznanym i zapamiętanym rytmom, po opanowaniu słownictwa buduje prawidłowe, jeśli chodzi o prozodię, dłuższe wypowiedzi.

Zabawy wykorzystujące ruch i rytm równocześnie, wyklaskiwanie, pocieranie, wykonywanie rytmicznych ruchów rękoma i nogami służą między innymi do utrwalenia danej głoski w sylabach otwartych, zamkniętych, logatomach, wyrazach, wyrażeniach dwuwyrazowych lub całych zdaniach.

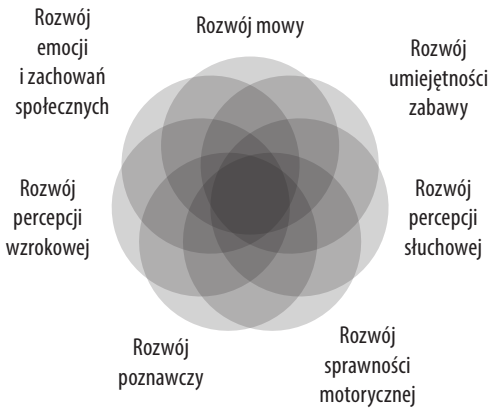
W metodzie werbotonalnej kładzie się także nacisk na ćwiczenia słuchowe oraz na ćwiczenia dotyku. Ćwiczenia słuchowe poprawiają orientację przestrzenną, pomagają w lokalizacji źródła dźwięku, w różnicowaniu bodźców akustycznych pod względem czasu trwania, wysokości czy natężenia. Ćwiczenia dotyku mają zaś za zadanie zmniejszyć napięcie mięśniowe dziecka, uwrażliwić dotyk, propriocepcję, odczulić dzieci z obronnością dotykową na różne faktury przedmiotów.

W omawianej metodzie podkreśla się znaczenie stymulacji wszystkich zmysłów, których integracja umożliwia prawidłowe postrzeganie świata. Takie podejście do terapii rozwojowej wynika z holistycznego widzenia dziecka. Jego rozwój psychoru-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

chowy to wypadkowa różnych funkcji – nie można rozwijać tylko jednej z nich, nie uwzględniając pozostałych aspektów.

„Diagram-kwiatek", z przypadkową kolejnością ułożenia celów dotyczących różnych sfer rozwojowych, ukazuje podstawę oddziaływań, mających na celu harmonijny rozwój dziecka. Wszystkie płatki mają wspólny środek, w którym łączą się i mieszają. Przenikanie i nakładanie celów cechuje terapię rozwojową bez względu na rodzaj deficytów i opóźnień [Szubstarska, 2011, s. 224].



Ryc. 1. Diagram celów – harmonijny rozwój dziecka

Źródło: Szubstarska, 2011, s. 224.

Dlaczego elementy metody werbotonalnej można wykorzystać w terapii dzieci z niepełnosprawnością intelektualną?

Dzieci upośledzone umysłowo to w głównej mierze osoby ze sprzężonymi zaburzeniami/niepełnosprawnościami, wymagające metod terapii wielokanałowo stymulujących różne zmysły. Taką metodą może być metoda werbotonalna, mimo że została opracowana dla dzieci z wadami słuchu.

U dzieci upośledzonych umysłowo obserwujemy zaburzenia w zakresie funkcjonowania receptorów wzroku i słuchu oraz zaburzenia pola odbioru wrażeń. Cechuje je opóźniony rozwój ruchowy i zaburzona motoryka, rozproszona uwaga i trudności w koncentracji, nadwrażliwość lub niedowrażliwość. Dzieci te posiadają w bardzo małym stopniu rozwinięty proces seminiscencji, tj. proces ułatwiający zapamiętywanie.

Należy podkreślić fakt, że dzieci niepełnosprawne intelektualnie łatwiej zapamiętują treści w powiązaniu z ruchem, z konkretną ważną dla nich sytuacją, w wyniku wielozmysłowego kontaktu z bodźcami, którym towarzyszy treść emocjonalna, a to

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

zapewnia im metoda werbotonalna, gdzie wszystkim ćwiczeniom towarzyszy aktywizacja motoryczna dzieci, pozwalająca pobudzić zmysły: westybularny, proprioceptywny (kinestetyczny) oraz dotykowy, których prawidłowe funkcjonowanie stanowi bazę dla rozwoju percepcji w zakresie nadrzędnych układów zmysłów, tj. słuchowego i wzrokowego [Trochymiuk, 2007, s. 130].

Ćwiczenia wykorzystywane w metodzie aktywizują dzieci do działania, motywują do aktywności poznawczej i ruchowej, doskonalą u nich koncentrację uwagi, pomagają w spostrzeganiu wzrokowym, śledzeniu wzrokiem, utrzymaniu uwagi na przedmiocie, pobudzają wyobraźnię i twórczą ekspresję, rozwijają słuch ogólny i muzyczny, poprawiają koordynację motoryki dużej i ruchów precyzyjnych, dokładność, szybkość, zakres, celowość i estetykę ich ruchów, doskonalą autoorientację i orientację w przestrzeni, poprawiają samoocenę oraz akceptację samego siebie, kształtują własną tożsamość i świadomość swojego ciała, wpływają na zniwelowanie nadwrażliwości/niedowrażliwości dotykowej. Zabawy fonacyjne mogą ułatwić dziecku wydanie głosu, usprawnić jego artykulację i fonację, a elementy muzyki poprawić funkcje oddechowe.

Poprzez wspólne ćwiczenia – czy to z innymi dziećmi, czy to z terapeutą – metoda ta pozwala nawiązać kontakt z innym człowiekiem. Stwarza również możliwość przeżycia i doświadczenia w trakcie pracy choćby takich sytuacji terapeutycznych jak odreagowanie czy relaksacja.

Wszystkie wymienione wyżej aktywności dziecka związane z integracją zmysłów wpływają na kształtowanie się wyższych czynności umysłowych, system nerwowy każdego człowieka rozwija się bowiem najbardziej pod wpływem stymulacji. Działając na kilka sfer wrażliwości zmysłowej jednocześnie, wzmagamy stan gotowości układu nerwowego do pracy i rozwoju.

Podsumowując: terapeuci powinni być otwarci na nowe metody terapii, ale muszą przede wszystkim mieć na uwadze fakt, że decyzje dotyczące terapii należy podejmować, uwzględniając poziom funkcjonowania komunikacyjnego (porozumiewania się) dziecka, jego możliwości, potrzeby, aktualny stan fizyczny i psychiczny, zainteresowania, samopoczucie itp. [por. Jastrzębowska, Pelc-Pękala, 2003, s. 460].

Zastosowanie metody werbotonalnej, oferującej dzieciom niepełnosprawnym intelektualnie aktywny udział w ćwiczeniach pozwalających na integrację wszystkich zmysłów i prostych ćwiczeniach muzyczno-ruchowych, może wzbudzić pragnienie odniesienia sukcesów w czynnościach samoobsługowych czy werbalnym komunikowaniu się.

Bibliografia

Błeszyński Jacek J., 2013, *Niepełnosprawność intelektualna. Mowa – język – komunikacja. Czy iloraz inteligencji wyjaśnia wszystko?*, Gdańsk.

Bobkowicz-Lewartowska Lucyna, 2011, *Niepełnosprawność intelektualna. Diagnozowanie, edukacja i wychowanie*, Gdańsk.

Jastrzębowska Grażyna, Pelc-Pękala Olga, 2003, *Diagnoza i terapia mowy upośledzonych umysłowo*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. II, wyd. II zmienione i poszerzone, Opole, s. 451–463.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Kielin Jacek, 1999, *Rozwój daje radość*, Gdańsk.
Kowalik Stanisław, 2001, *Metoda „dwuczłowieka" w rehabilitacji osób głęboko upośledzonych umysłowo*, w: Władysław Dykcik, Barbara Szychowiak (red.), *Nowatorskie i alternatywne metody w terapii i praktyce pedagogiki specjalnej*, Poznań, s. 219–232.
Kwiatkowska Małgorzata, 1997, *Dzieci głęboko niezrozumiane*, Warszawa.
Minczakiewicz Elżbieta, 2002, *Komunikowanie się z osobami głębiej upośledzonymi umysłowo*, w: Jan Pilecki (red.), *Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym*, Kraków, s. 247–263.
Pilecki Jan, Olszewski Sławomir, Żurek Teresa, 2002, *Zasady i metody pracy z osobami głębiej upośledzonymi umysłowo*, w: Jan Pilecki (red.), *Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym*, Kraków, s. 11–31.
Piszczek Maria (red.), 2000, *Edukacja uczniów z głębokim upośledzeniem umysłowym. Przewodnik dla nauczycieli*, Warszawa.
Prożych Anna, 2014, *Metoda verbotonalna a stymulacja zmysłów dziecka z wadą słuchu*, [w:] Joanna Skibska (red.), *Dziecko z wadą słuchu oraz Centralnymi Zaburzeniami Przetwarzania Słuchowego. Wybrane problemy*, Kraków, s. 67–79.
Przewodnik dla nauczycieli uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu znacznym i umiarkowanym, cz. I (2001), cz. II (2002), Warszawa.
Szubstarska Dorota, 2011, *Wyznaczanie celów terapii w rehabilitacji domowej małego dziecka głuchego*, w: Tadeusz Gałkowski, Marzanna Radziszewska-Konopka (red.), *Wspomaganie rozwoju małego dziecka z wadą słuchu*, Warszawa, s. 221–228.
Tarkowski Zbigniew, 2003, *Zaburzenia mowy dzieci upośledzonych umysłowo*, w: Tadeusz Gałkowski, Grażyna Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. II, wyd. II zmienione i poszerzone, Opole, s. 203–209.
Trochymiuk Anita, 2007, *Metoda werbo-tonalna w terapii dzieci z uszkodzeniami słuchu*, „Logopedia" 36, Lublin, s. 125–136.
Viscardi Henry, 1973, *List do Jima*, Warszawa.
Wasilewska Anna, 2005, *Szkolnictwo specjalne dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną*, w: Czesław Kossakowski, Cyprian Rogowski (red.), *Wielowymiarowość w edukacji osób z niepełnosprawnością*, Olsztyn, s. 183–193.
Wolska Danuta, 2002, *Terapia i edukacja dziecka autystycznego*, w: Jan Pilecki (red.), *Usprawnianie, wychowanie i nauczanie osób z głębszym upośledzeniem umysłowym*, Kraków, s. 203–226.
Żyta Agnieszka, 2005, *Edukacja osób z głębszą niepełnoprawnością intelektualną w Polsce – przeszłość, teraźniejszość i przyszłość*, w: Czesław Kossakowski, Cyprian Rogowski (red.), *Wielowymiarowość w edukacji osób z niepełnosprawnością*, Olsztyn, s. 169–175.

Summary

For children with intellectual disabilities it is easier to remember content in relation to movement, a specific situation important to them, as a result of multisensory contact with stimuli accompanied by the emotional content. Verbotonal method ensures that as all the exercises there are performed together with motor activation allowing for sensory stimulation: vestibu-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

lar, proprioceptive both kinetic and tactile, whose proper functioning sets the base for perception development in the area of superior sensory systems, i.e., auditory and visual.

Exercises used in the method mobilize children for action, stimulate cognitive and motor activity, perfect their attention focus, help them with visual perception, following objects with their eyes, or keeping focus on an object. They also stimulate imagination and creative expression, develop general and musical hearing, improve gross motor coordination as well as precise movements, precision, velocity, range, purposefulness and esthetics of their movements; they perfect self and space orientation, help with self-esteem and self-acceptance, mould their identity and body awareness, help level tactile oversensitivity/undersensitivity. Phonatory games can make it easier for children to produce sound, improve their articulation and phonation and musical elements better respiratory functions.

Through joint games with other children or with the therapist, this method also facilitates establishing contact with another human being.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Mirosław Michalik*, Anna Cholewiak**,
Wojciech Jagiełowicz**
Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

NIEMÓWIENIE, MILCZENIE, PRZEMILCZENIE, PAUZA, CZYLI WIELKIE NIC W TEORII I PRAKTYCE LOGOPEDYCZNEJ

MUTISM, SELECTIVE MUTISM, STAYING SILENT, PAUSE – SERIOUS GAPS IN THE THEORY AND PRACTICE OF SPEECH THERAPY

Słowa kluczowe: niemówienie, milczenie, przemilczenie, pauza, tempo wypowiedzi.
Keywords: mutism, lack of speech, pause, tempo of utterance.

Wprowadzenie

Przedmiotem współczesnej polskiej logopedii są biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy [Grabias, 2012, s. 57], przy czym sama mowa to „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego" [Grabias, 2001, s. 11]. W tak zarysowaną przestrzeń refleksji naukowej oraz działań praktycznych w sposób oczywisty wpisane jest zjawisko mówienia[1]. Dziś wiemy, iż mówienie jest biologicznie uwarunkowane – rozwija się, zmienia wraz z dorastaniem i starzeniem się człowieka, jest ściśle splecione z systemem językowym, z jednej strony podatne na zaburzenia, z drugiej umożliwia poznawanie rzeczywistości i przekazywanie jej interpretacji innym ludziom.

Na użytek rozważań podjętych w niniejszym opracowaniu, przyjmując ściśle lingwistyczna perspektywę, zakładamy za Renatą Grzegorczykową, iż mówienie jest jednostkowym aktem nadawczo-odbiorczym, w którym: „[…] nadawca, chcąc przekazać odbiorcy pewną informację, wybiera z kodu językowego odpowiednie słownictwo i struktury gramatyczne, uruchamia narządy mowne mające zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego wysyła fale akustyczne

* Wydział Filologiczny, Zakład Neurolingwistyki, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków.
** Studia doktoranckie Wydziału Filologicznego, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków.

1 Stanowisko takie, lokujące w centrum zainteresowań zjawisko mówienia, bliskie jest Kaczmarkowskiemu definiowaniu logopedii jako nauki o komunikowaniu się człowieka [Kaczmarek, 1991].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna" [Grzegorczykowa, 2007, s. 14; por. także Michalik, 2013, s. 14][2].

Logopedia, będąc lingwistyką stosowaną, posiada dwa główne wymiary: teoretyczny, związany między innymi z kwestiami metodologicznymi, oraz praktyczny, ściśle wiążący się z rozwiązaniami metodycznymi. Ten pierwszy realizuje cel poznawczy – dostarcza wiedzy; drugi pozwala na opanowanie świata zewnętrznego i przekształcanie człowieka [por. Grucza, 1983, s. 42–43; Michalik, 2015, s. 32]. Każdy z tych dwóch aspektów może być punktem wyjścia do bardziej szczegółowych eksploracji, których wyniki są w stanie postawić przedmiot logopedii w nieco innym niż zastany świetle.

Teoretyczny punkt wyjścia. Jeśli mowa jest zespołem skomplikowanych ludzkich czynności, jakie zachodzą przy udziale języka i umożliwiają poznawanie rzeczywistości oraz jej przekaz [Grabias, 2012, s. 57], w tak ustrukturyzowaną przestrzeń, na jej planie semiotycznym, wpisuje się – nazwijmy to preliminaryjnie – pojęcie będące antonimem mówienia, zjawisko w pewnych sytuacjach nieprzeszkadzające poznawaniu rzeczywistości i zdolne jednocześnie do wyrażania określonych treści semantycznych [Rokoszowa, 1983, s. 132–135].

Praktyczny punkt wyjścia. Bardzo często pacjentami logopedów są osoby nie tyle mające problemy z mową i mówieniem, ile te, których sposób funkcjonowania wpisuje się w sferę antonimiczną wobec mówienia.

Sprowadzając teoretyczny i praktyczny punkt widzenia do jednego integralnego mianownika, proponujemy owo „zaprzeczenie, przeciwieństwo mówienia" nazwać terminem „niemówienie". Tym samym, posługując się formą negacji popularnej definicji Grzegorczykowej, o niemówieniu myślimy, gdy: nadawca, (nie?)[3] chcąc przekazać odbiorcy pewną informację, nie wybiera z kodu językowego odpowiedniego słownictwa i struktur gramatycznych, nie uruchamia narządów mownych mających zrealizować formę wybranych jednostek językowych, w wyniku czego nie wysyła fal akustycznych do ucha odbiorcy, w którego narządach odbiorczych nie dokonuje się recepcja dźwięku i jego interpretacja mentalna [por. Grzegorczykowa, 2007; Michalik, 2013]. Możemy również przyjąć, iż niemówienie to brak jednostkowego aktu nadawczo-odbiorczego mowy na skutek zaburzeń funkcji neuronalnych rozgrywających się w różnych okolicach ludzkiego układu nerwowego [Zyss, 2011; Michalik, 2013]. Stanowisko integrujące teoretyczny i praktyczny ogląd niemówienia wyrażone zostało przez Sławomira Śniatkowskiego: „Żadna forma milczenia nie eliminuje całkowicie postawy komunikatywnej: milczenie jest jedynie rezygnacją z werbalnego przekazywania informacji" [Śniatkowski, 2002, s. 11]. Z kolei integralny punkt wi-

2 Rozszerzając perspektywę oglądu w kierunku neurolingwistyki, zakładamy, iż „mówienie jest skomplikowanym procesem cząstkowych funkcji neuronalnych rozgrywających się w różnych okolicach ludzkiego mózgowia" [Zyss, 2011, s. 35].

3 Często nie można rozstrzygnąć, czy osoba niemówiąca chce (nie chce) przekazywać odbiorcy informację. Są zaburzenia komunikacji, w których brak woli pacjenta na przekazywanie komunikatów słownych (np. mutyzm, niektóre typy schizofazji), w innych, np. w anartrii, pacjenci chcą wyrażać treści myślowe [por. Michalik, 2013].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

dzenia profilowany ontolingwistycznie pozwala przyjąć następującą taksonomię niemówienia: prelingwalne[4], perilingwalne[5] oraz postlingwalne[6].

Tak zarysowana perspektywa interpretacyjna pozwala myśleć o dopisaniu niemówienia do indeksu zainteresowań współczesnej teorii i praktyki logopedii. Teoretyczny punkt widzenia obliguje do włączenia w zakres refleksji takich pojęć, jak: „milczenie", „przemilczenie", „pauza". Praktyczna perspektywa pozwala wyodrębnić w badaniu niemówienia skalę makro (tu: niemówienie w klasyfikacjach zaburzeń mowy, refleksja nad fenomenem osoby niemówiącej) oraz skalę mikro (tu: badania niemówienia i – ewentualnie – dydaktyka akademicka w tym zakresie).

1. Niemówienie a teoria logopedii – milczenie, przemilczenie, pauza

Proponujemy, aby w ramach zakresu tematycznego pojęcia „niemówienie", wchodzącego w znaczeniowe i terminologiczne relacje z teorią logopedii, służącą celom epistemicznym, umieścić takie pojęcia, jak: „milczenie", „przemilczenie" i „pauza"[7].

1.1. Milczenie

Słownik języka polskiego pod redakcją Mieczysława Szymczaka proponuje dwie definicje milczenia: po pierwsze jest to „niewydawanie głosu, nieodzywanie się, bezsłowna cisza", po drugie – „niezajmowanie się jakimś zagadnieniem, niezabieranie głosu w jakiejś sprawie" [Szymczak, 1990, s. 174–175]. Bez wątpienia bliższa logopedii, szczególnie tej o nastawieniu metodyczno-praktycznym, jest konceptualizacja pierwsza, odsyłająca wprost do osób, które nie są w stanie porozumiewać się werbal-

4 Jest udziałem osób, które nie mówią na skutek wystąpienia przyczyn uniemożliwiających zdobycie umiejętności ekspresji werbalnej przed początkiem procesu nabywania mowy. Na pewno można włączyć do tej grupy pacjentów głuchych i głęboko niedosłyszących, niektóre osoby upośledzone intelektualnie (szczególnie w stopniu znacznym i głębokim), znaczny odsetek dzieci z autyzmem wczesnodziecięcym oraz kluczowe dla tego wystąpienia osoby z anartrią o podłożu mózgowego porażenia dziecięcego [Michalik, 2013, s. 15].

5 Dotyczy osób, które nie mówią na skutek wystąpienia przyczyn uniemożliwiających zdobycie umiejętności ekspresji werbalnej w trakcie trwania procesu nabywania mowy (1.–4./5. r.ż.). Do tej grupy zaliczają się przykładowo dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji, czyli takie, które częściowo nabyły kompetencję lingwistyczną z subkodem mówionym języka, ale na skutek ogniskowych, patologicznych zmian w obrębie mózgowia tę fragmentaryczną zdolność utraciły [Michalik, 2013, s. 15].

6 Obejmuje osoby, które utraciły zdolności mówienia po okresie nabywania mowy. Są to najczęściej ludzie dorośli, np. afatycy, laryngektomowani, niektórzy schizofrenicy, pacjenci ze stwardnieniem zanikowym bocznym czy tzw. zespołem zamknięcia [Michalik, 2013, s. 15–16].

7 Charakterystyka wyżej wymienionych pojęć została przedstawiona w tym fragmencie artykułu na podstawie monografii S. Śniatkowskiego pt. *Milczenie i pauza w gramatyce nadawcy i odbiorcy. Ujęcie lingwoedukacyjne*, Kraków 2002. Odwołania do większość autorów zawarte w tej części pracy zostały zaczerpnięte z podanej monografii.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

nie. Definicja druga lokuje się natomiast bliżej teorii komunikacji, klasycznej retoryki czy teorii dzieła literackiego.

Z kolei Jolanta Rokoszowa podaje, iż milczenie może być transcendentne, związane z ciszą i będące funkcją świata poznawalnego, stanowiącą neutralne, nienacechowane tło dla języka jako systemu semiotycznego, lub znaczące – pojawiające się na planie semiotycznym języka i zdolne wyrażać określone treści [Rokoszowa, 1983, s. 132–135]. Przy takiej orientacji metodologicznej bliska logopedii jako nauce związanej z semiologią wydaje się koncepcja milczenia jako subkodu znaczącego. W dyskursie logopedycznym milczenie jest bowiem zawsze nacechowane. Niemówiący pacjent jest relewantny, a nie nienacechowany, czyli żaden, a jego milczenie wchodzi w nierozerwalny związek z systemem językowym, z kompetencją językową i/lub komunikacyjną. Ta sama autorka koegzystencję milczenia i mówienia (mowy) ujmuje w formie pięciu dychotomii:

1) mówić/nie mówić – dotyczy formy przekazu i realizowana jest przez oznaczającą (*signifiant*) stronę znaku;
2) mówić/nie mówić – charakter semantyczny, odpowiada treściowej, oznaczanej (*signifié*) stronie znaku;
3) powiedzieć/nie powiedzieć – pragmatyczny wymiar działania i decyzji;
4) słuchać/nie słuchać – perspektywa słuchacza;
5) odpowiadać/nie odpowiadać – perspektywa odpowiadającego [Rokoszowa, 1994, s. 33–35].

Wydaje się, iż każda z alternatyw może mieć związek z logopedią. Pierwsza nakazuje zwrócenie uwagi na znakowy i gramatyczny charakter niemówienia. Druga skłania do refleksji dotyczącej (nie)możliwości wyrażania znaczeń przez osoby niemówiące. Trzecia wiąże się z kompetencją komunikacyjną osób niemówiących, czwartą z kolei łączyć można przykładowo z problemami audiogennymi, zarówno w aspekcie słuchu fizycznego (słyszenia), jak i uwagi słuchowej (słuchania). Opozycję ostatnią warto połączyć z takimi zjawiskami, jak mutyzm wybiórczy czy afonia histeryczna.

W inny sposób do kategorii milczenia dociera Izydora Dąbska. Uważa ona, iż omawiany fakt można rozpatrywać jako:

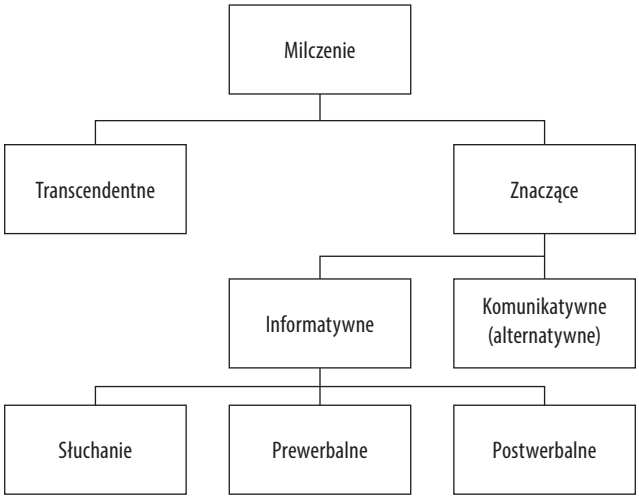
1) wyraz i środek komunikowania,
2) środek taktyczny działania,
3) symptom charakterologiczny,
4) kategorię moralną,
5) kategorię estetyczną,
6) kategorię mistyczną [Dąbska, 1963, s. 73–79].

Bez wątpienia stany i procesy wynikające z konceptualizacji pierwszej (aspekt komunikacyjny) i trzeciej (aspekt osobowościowy) mogą współtworzyć konteksty interpretacyjne i praktyczne z głównymi problemami współczesnej logopedii.

Perspektywa ściśle językoznawcza ukazuje kilka ujęć milczenia. Przykładowo: Zellig Harris, stojąc na gruncie strukturalizmu, wyróżnia tylko dwa jego typy: prewerbalne, czyli poprzedzające replikę, oraz postwerbalne, pojawiające się po wypowiedzi słownej [Harris, 1979, s. 199]. Natomiast pragmatyczna teoria milczenia Muriel Saville-Troike każe patrzeć na nie jak na akt komunikacji zawierający treść

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

propozycjonalną, czyli dającą się przełożyć na wyrażenia językowe, posiadający własną siłę illokucyjną, ale poddający się interpretacji jedynie w kontekście wypowiedzi słownej. Inaczej mówiąc, jest to milczenie alternatywne – samodzielna replika wypełniająca miejsce oczekiwanej wypowiedzi słownej – wybierane przez nadawcę korzystającego z alternatywy: mówić lub milczeć [Saville-Troike, 1989, s. 146; por. także Śniatkowski, 2002, s. 11; Rokoszowa, 1983, s. 130]. Z kolei John Lyons, rozwijając teorię komunikacji, wyodrębnia milczenie informatywne, znaczące dla odbiorcy, oraz komunikatywne, znaczące dla nadawcy [Lyons, 1983, s. 36]. W obszar logopedii bez wątpienia wpisać można problematykę milczenia jako aktu mowy z treścią propozycjonalną oraz milczenia komunikatywnego charakteryzującego pacjenta, a będącego zdaniem dla terapeuty. Syntetyczną taksonomię kategorii milczenia przedstawić można w formie schematu:



Ryc. 1. Taksonomia fenomenu milczenia z perspektywy teoretyczno-lingwistycznej

Źródło: Śniatkowski, 2002, s. 12.

1.2. Przemilczenie

Przemilczenie to zachowanie komunikacyjne polegające na powstrzymaniu (cenzura) lub powstrzymywaniu się (autocenzura) od komunikowania określonych treści, będące przejawem milczenia relatywnego w tekście wypowiedzi [Śniatkowski, 2002, s. 13]. Utożsamiać je można z niemówieniem o pewnych tylko sprawach [Dąbska, 1963, s. 75]. Ta jednostka komunikacji, zaliczana do podstawowych aktów mowy, pełni funkcje eliminujące (tu: unikanie „przeinformowania", eliminacja informacji tautologicznych, redundantnych, niepożądanych, zapobieganie powstaniu tekstu lub aktu mowy przed werbalizacją, niedopowiedzenie w trakcie werbalizacji) lub stylistyczne (tu: *praeteritio* – deklaracja pominięcia niektórych kwestii, *reticentia* – nagłe przerwanie rozpoczętej myśli i zdania) [Śniatkowski, 2002, s. 13]. W dyskursie logopedycznym terapeuta

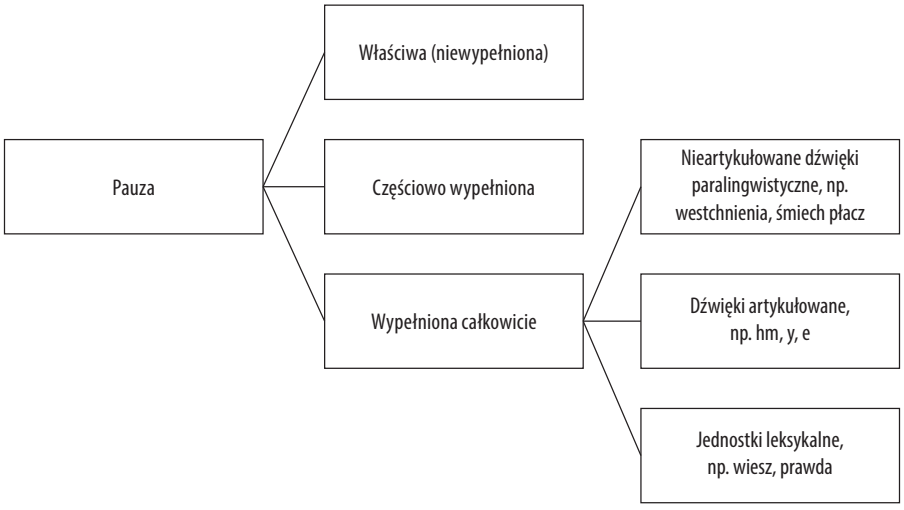
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

wykorzystuje czasem przemilczenie w funkcji eliminującej. Sytuacje takie mają miejsce, gdy nadmiar informacji dostarczanych pacjentowi mógłby negatywnie oddziaływać na przebieg terapii, na przykład w sferze motywacyjnej.

1.3. Pauza

Zagadnieniem najgłębiej osadzonym na gruncie logopedii i jednocześnie najbardziej niejednorodnym jest pauza, czyli – zakładając wstępnie – przerwa w ciągu fonicznym, zero dźwięku w systemie znaków akustycznych, odcinek pusty w linii fali głosowej [por. Gołąb, Heinz, Polański, 1970, s. 415; Kulawik, 1994, s. 36; Polański, 1999, s. 427]. Bez wątpienia pauza pełni funkcję delimitacyjną (segmentacyjną), czyli związaną z aspektem składniowym, gramatycznym wypowiedzi, ponadto semantyczną i stylistyczną.

Z perspektywy formalnej pauzy analizuje się pod względem czasu ich trwania (tu: długie, czyli trwające powyżej sekundy, krótkie – poniżej sekundy[8]) oraz pod kątem postaci dźwiękowej, która stanowi ich wypełnienie (tu: właściwe, czyli niewypełnione, wypełnione, na przykład nieartykułowanymi dźwiękami, dźwiękami artykułowanymi, jednostkami leksykalnymi, oraz częściowo wypełnione, czyli będące połączeniem pauzy właściwej z wypełnioną) [Śniatkowski, 2002, s. 15–18]. Aspekty formalne pauzy przedstawiono w formie schematu:



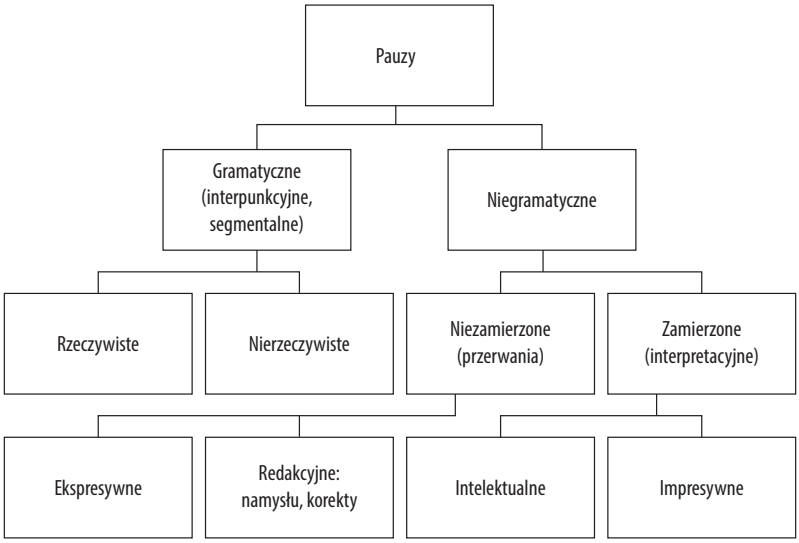
Ryc. 2. Klasyfikacja pauz z perspektywy formalnej

Źródło: Śniatkowski, 2002, s. 17.

8 Tomasz Woźniak, tworząc współczesną teorię dotyczącą zjawiska niepłynności mówienia, sugeruje, by cezurę czasową w obrębie pauz stanowił okres 2 sekund [Woźniak, 2012, s. 550].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Omówienie zjawiska pauzy z perspektywy funkcjonalnej warto zacząć od ryciny 3:



Ryc. 3. Klasyfikacja pauz z perspektywy funkcjonalnej

Źródło: Śniatkowski, 2002, s. 22.

Pauza gramatyczna to stosowana świadomie pauza, której podstawową funkcją jest zgodna ze strukturą składniową wypowiedzi segmentacja tekstu (pauza segmentacyjna, pauza delimitacyjna). Odpowiada ona znakom interpunkcyjnym w tekście pisanym (pauza interpunkcyjna). Pauza gramatyczna jest obligatoryjna z punktu widzenia poprawności gramatycznej tekstu. Pauza gramatyczna rzeczywista jest realizowana w wypowiedzi jako przerwa, pauza gramatyczna nierzeczywista jest zaś realizowana jako zmiana tonu [Śniatkowski, 2002, s. 102].

Podstawową funkcją pauzy niegramatycznej jest stylistyczne nacechowanie wypowiedzi (pauza stylistyczna). Pauza niegramatyczna może być zamierzona (pauza interpretacyjna) lub niezamierzona (pauza-przerywanie). Przy neutralnym podziale składniowym wypowiedzi pauzie niegramatycznej nie odpowiadają znaki interpunkcyjne, które jednak mogą wyrażać pauzę niegramatyczną w tekście pisanym, stylizowanym na język mówiony [Śniatkowski, 2002, s. 103]. Sama pauza interpretacyjna to świadomie stosowana w wypowiedzi pauza niegramatyczna, modyfikująca neutralny, nienacechowany charakter tekstu w celu wydobycia określonych sensów (pauza semantyczna, pauza psychologiczna) przez wydzielenie syntagm (pauza intelektualna) lub oddziaływanie na emocje odbiorcy przez nadawanie tekstowi charakteru emocjonalnego (pauza impresywna, pauza retoryczna, pauza artystyczna) [Śniatkowski, 2002, s. 102]. Z kolei pauza-przerwanie to niezamierzona i niepokrywająca się z podziałem składniowym przerwa w wypowiedzi spowodowana emocjami (pauza ekspresywna) lub będąca sygnałem aktualnego powstawania (tworzenia lub odtwarzania) tekstu (pauza namysłu lub pauza korekty) [Śniatkowski, 2002, s. 104].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

1.4. Pauza a tempo wypowiedzi

W przestrzeni wspólnej lingwistyki i logopedii lokuje się zjawisko pauzy jako wyznacznika (nie)płynnego mówienia. Płynnością mówienia – za Tomaszem Woźniakiem – „nazwijmy bezproblemowe budowanie ciągu fonicznego, zrozumiałego dla odbiorcy. Płynność polega na ciągłości realizacji następujących po sobie dźwięków mowy, które występują w obrębie regularnie powtarzających się grup rytmicznych (fraz), trwających około 2–3 sekund, niemalże identycznie uporządkowanych pod względem prozodycznym. Fraza może być wypełniona różną liczbą głosek (sylab), w zależności od tempa mówienia, przy czym średnie tempo mówienia wynosi w mowie potocznej 10–12 głosek (4–5 sylab) na sekundę. Pomiędzy frazami występuje krótka pauza, której czas trwania nie jest ściśle określony. W przypadku nieprzerwanej wypowiedzi powinna być jednak krótsza niż 2 sekundy, nie ma bowiem wtedy wartości znaczącej" [Woźniak, 2012, s. 550][9].

Z przytoczonej definicji wynika wprost, iż pauzy, czyli przerwy w ciągu fonicznym, zero dźwięku w systemie znaków akustycznych, odcinek pusty w linii fali głosowej, znajdują się poza frazami – grupami rytmicznymi. Tym samym badania długości i frekwencji pauz w ciągu wypowiedzeniowym użytkowników języka nie powinny być określane jako tempo mówienia, gdyż to ostatnie odpowiada w znaczeniu ścisłym wyłącznie liczbie jednostek ciągu mowy (głosek lub sylab) w jednostce czasu. Lepiej w takim przypadku używać szerszego znaczeniowo terminu „tempo wypowiedzi", obejmującego zarówno jednostki znajdujące się we frazach (głoski lub sylaby), jak również pauzy. Przy czym wypowiedź, za Kazimierzem Polańskim, rozumiemy jako konkretne zdanie/wypowiedzenie wypowiadane przez użytkownika języka, odpowiadające angielskiemu „utterance" [Polański, 1999, s. 645].

Analiza stosowania pauz (ich rodzaju, czasu trwania, przyczyn, celu, intencji itd.) jest ważnym aspektem analizy wypowiedzi, pojętej jako rezultat całego aktu komunikacyjnego, dyskursu, a nie samego mówienia, które zawężamy tu do czynności narządów mowy związanych z artykulacją dźwięków. Taka perspektywa może być ważną kategorią w badaniach nad interakcją. Wykracza przy tym daleko poza zagadnienie fonetyczne.

Reasumując: tempo mówienia informuje nas o liczbie wypowiadanych głosek/sylab we frazie wypowiedzeniowej i w jednostce czasu, tempo wypowiedzi z kolei obliguje do dodania do wcześniejszych danych również formalnej (czas trwania i stopień wypełnienia) charakterystyki pauz znajdujących się poza frazami – grupami rytmicznymi, ale współtworzącymi wraz z głoskami/sylabami konkretną wypowiedź[10].

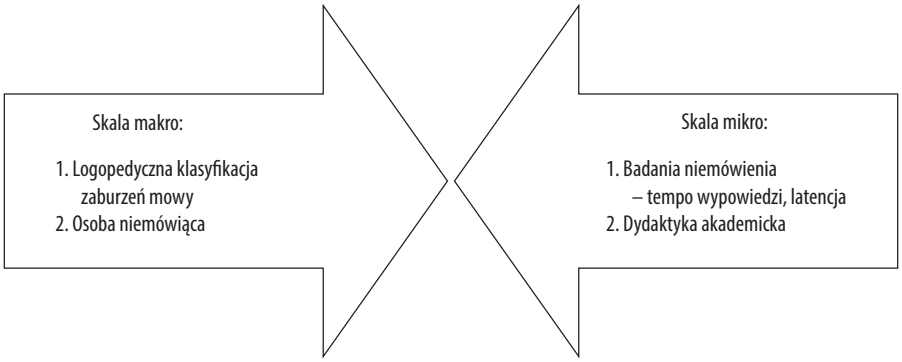
9 Na zasadzie przeciwwagi i uzupełnienia warto zacytować definicję niepłynności mówienia tego samego badacza: „Niepłynnością mówienia określmy zaburzenie ciągłości wymawianiowej i rytmiczności fraz. Oznacza to przerwanie ciągłości realizacji fonicznej wypowiedzi, w ramach następujących po sobie grup rytmicznych i zaburzenie regularnego następstwa czasowego tych grup (fraz). W zależności od rodzaju objawów i ich nasilenia możemy kwalifikować niepłynność mówienia jako normalną i patologiczną" [Woźniak, 2012, s. 551].

10 Za zwrócenie uwagi na tę różnicę dziękujemy Panu Profesorowi Tomaszowi Woźniakowi.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

2. Niemówienie w praktyce logopedycznej – między skalą makro a mikro

Praktyka logopedyczna, czyli wdrażanie prognostycznych i diagnostycznych procedur postępowania logopedycznego [por. Grabias, 2001, s. 39; 2012, s. 59–60], pozwala na rozpatrywanie zjawiska niemówienia w dwóch komplementarnych w stosunku do siebie wymiarach. Pierwszy, nazwany przez nas roboczo wymiarem makro, jest oglądem zjawiska odwołującym się do rudymentarnych problemów współczesnej logopedii. To swoista procedura interpretacyjna zjawiska niemówienia, odpowiadająca poznawczej postawie holistycznej, zapewniającej realizację celów poznawczych. Wymiar drugi, nazwany wymiarem mikro, jest próbą selektywnego, ale i aplikacyjnego docierania do wybranych faktów wiążących się z niemówieniem. To strategie interpretacyjne zjawiska, odpowiadające poznawczej postawie analitycznej, zapewniającej realizację celów praktycznych. Konkretne treści wpisujące się w wyznaczone wymiary interpretacyjne ujęto w formie schematu:



Ryc. 4. Wybrane obszary badawcze niemówienia w logopedii

Źródło: opracowanie własne.

2.1. Niemówienie w typologii zaburzeń mowy Stanisława Grabiasa

Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń komunikacji językowej (typologia zaburzeń mowy) w sposób systemowy integrująca takie pojęcia, jak: „kompetencje", „sprawności", „procedury postępowania logopedycznego", „strategie postępowania logopedycznego", wyznacza od przynajmniej kilkunastu lat kierunki praktycznych działań logopedycznych w zakresie programowania terapii i jej wdrażania, przyjmujące status uznanych praktycznie w całej Polsce standardów postępowania [por. np. Grabias, 1997; 2001; 2012][11].

11 Z informacji autorów, uzyskanych dzięki naukowym zagranicznym kontaktom i stażom, wynika, iż standardy postępowania logopedycznego z opracowanej przez Grabiasa typologii zaburzeń mowy są obligatoryjnie stosowane nie tylko przez logopedów w naszym kraju. Przykładowo, terapeuci mowy skupieni wokół Rady Polonii Belgijskiej, Specjalistyczne-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

W praktyce logopedycznej niemówienie jest zwykle kojarzone z mutyzmem lub ze wzbudzającą kontrowersje terminologiczne i taksonomiczne anartrią [por. Skoczek, 2014; Michalik, 2012]. Jednak traktowanie niemówienia jako pojęcia zakresowo szerokiego, czyli obejmującego takie fakty lingwistyczne, jak milczenie, pauzę, pozwala wiązać z nim więcej zjawisk logopedycznych. W uproszczonej, zaprezentowanej poniżej wersji logopedycznej typologii zaburzeń mowy czcionką pogrubioną wyróżniono te fakty logopedyczne, które obligatoryjnie powinny być łączone z niemówieniem, czcionką pochyloną – te, które z niemówieniem wiążą się po spełnieniu określonych warunków, na przykład związanych z czasem jego trwania lub stopniem wywołującego go zaburzenia rozwojowego.

I. Zaburzenia mowy związane z niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi: **głuchota** i *niedosłuch*, *oligofazja*, *alalia*, dyslalia, *autyzm*, *padaczki dziecięce*.
II. Zaburzenia mowy związane z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych: *dysglosja*, *jąkanie*, giełkot, **mowa bezkrtaniowa**, *dyzartria*/**anartria**.
III. Zaburzenia mowy związane z rozpadem systemu komunikacyjnego: *afazja*, pragnozja, *schizofazja*, *demencja*.

Z przedstawionej propozycji wynika, że niemówienie zawsze towarzyszy głuchocie, mowie bezkrtaniowej, anartrii. Z kolei często należy je łączyć z niedosłuchem, oligofazją, autyzmem, epilepsją dziecięcą, dysglosją, jąkaniem, dyzartrią, afazją, schizofazją i demencją. Jedynie w przypadku dyslalii, giełkotu oraz pragnozji nie zachodzi potrzeba uwzględniania poruszonej problematyki w programowaniu i realizowaniu działań terapeutycznych.

2.2. Osoba niemówiąca

Logopedyczna interpretacja fenomenu osób niemówiących musi być wielofasetowa. Proponujemy odwołania do perspektywy etiologiczno-objawowej, praktyczno-terapeutycznej, lingwistycznej oraz ontologicznej.

Uwzględnienie samego kryterium etiologiczno-objawowego często musi skłaniać do włączania jakiegoś typu niemówienia w spektrum nieprawidłowości przyczynowo-symptomatologicznie związanych z omawianym problemem. Przykładem może być tutaj celowość tego typu działań, uwzględniających – podkreślamy raz jeszcze – wyłącznie etiologię i objawy w terminologicznym postrzeganiu dyzartrii i anartrii. Różnica między anartrią a dyzartrią jest rzeczywiście z tego punktu widzenia ilościowa, nie jakościowa [por. Michalik, 2012, s. 385–389, 403].

Z kolei przyjęcie perspektywy praktyczno-terapeutycznej zmusza do refleksji i pytań o sens odrębnego bądź zunifikowanego traktowania pacjenta niemówiącego

go Gabinetu Logopedycznego „Bilingual Kids", Polskiego Centrum Kształcenia im. Jana Pawła II w Brukseli, Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego w Brukseli, Punktu Informacyjno-Konsultacyjnego w Antwerpii, Szkolnego Punktu Konsultacyjnego im. Generała Stanisława Maczka przy Ambasadzie RP w Brukseli z siedzibą w Antwerpii, Szkolnego Punktu Konsultacyjnego im. Joachima Lelewela przy Ambasadzie RP w Brukseli, Cosmopollite Village w Paryżu, Wydziału Zamiejscowego w Dublinie Staropolskiej Szkoły Wyższej w Kielcach oraz szkół specjalnych Lwowa, Charkowa i Kijowa, organizując swoje działania logopedyczne, odwołują się do omawianej propozycji.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

i pacjenta źle mówiącego. Rozpatrzenie w kontekście niemówienia argumentów neuropsychologicznych (odmienne, prawopółkulowe przetwarzanie materiału językowego), terapeutycznych (inny dobór strategii postępowania logopedycznego dla osób niemówiących) oraz psychologicznych (często tragiczna świadomość własnego kalectwa) musi skłaniać do traktowania pacjenta niemówiącego inaczej niż pacjenta wykorzystującego subkod mówiony [Michalik, 2012, s. 389–391, 403].

Posłużenie się z kolei argumentami lingwistycznymi stawia problem różnicowej diagnozy mówienia i niemówienia w jeszcze innym świetle. Jeśli język postrzegamy jako działanie (*energeia*), a nie dzieło (*ergon*), i jako proces, nie wytwór, wówczas jego brak niesie ze sobą daleko głębsze konsekwencje, niż w przypadku patrzenia na niego tylko w kategoriach zjawiska statycznego. Osoby niemówiące posługują się najczęściej zupełnie innymi, alternatywnymi systemami komunikowania się (AAC) w stosunku do języka naturalnego. Żadna z alternatywnych metod porozumiewania się nie spełnia cech definicyjnych języków etnicznych; nie posiada także większości cech podstawowych i drugorzędnych charakteryzujących języki naturalne oraz nie można im przyporządkować wielu adekwatnych dla nich funkcji. Pozajęzykowe sposoby porozumiewania się nie są ponadto oparte na uniwersaliach językowych, dlatego ich użytkownikom niedostępna jest w pełnym wymiarze relacja język–myślenie i język–rzeczywistość [Michalik, 2012, s. 391–400, 403–404].

Ostatnia, filozoficzna płaszczyzna porównania dwóch zjawisk obnaża odrębność egzystencjalnego fenomenu osób niemówiących w stosunku do pozostałych ludzi. Niemówienie jest autonomicznym, ontologicznym i epistemicznym stanem. Stan ten wynika między innymi ze skrajnej subiektywności procesów myślowych będących udziałem osób niemówiących – subiektywności, której źródła leżą w głębokich zaburzeniach komunikacji językowej i zdolności interakcyjnych. Jak twierdzi Maurice Merleau-Ponty: „Mowa pociąga nas ku myśli, która nie należy już wyłącznie do nas, która presumptywnie nabiera charakteru powszechnego" [Merleau-Ponty, 1976, s. 32]. W podobnym tonie pisał o tym także Stanisław Grabias [2007, s. 355], twierdząc, iż język obiektywizuje poznanie rzeczywistości. Brak języka skazuje zatem ludzi na subiektywizm doznań mentalnych [Michalik, 2012, s. 400–403].

Fenomen osoby niemówiącej oraz organizacja prognostycznych procedur postępowania logopedycznego uwzględniających *expressis verbis* zjawisko niemówienia to najważniejsze problemy logopedii otwierającej się na omawiane zjawisko. Z kolei badanie tempa wypowiedzi, współdeterminowanego pauzą, czyli chwilowym niemówieniem, oraz akademickie kształcenie kompetencji logopedów w zakresie niwelowania skutków niemówienia, to problemy szczegółowe.

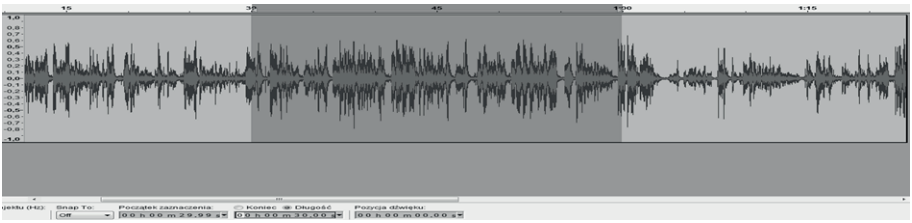
2.3. Tempo wypowiedzi – badania wstępne

W 2015 roku w Zakładzie Neurolingwistyki Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, między innymi w ramach badań doktorskich, rozpoczęte zostały wstępne analizy mające na celu ustalenie norm tempa wypowiedzi w dyskursach szkolnym i medialnym. W dyskursie szkolnym ocenie poddana zostaje latencja pierwszej wypowiedzi osoby badanej, szczegółowa analiza wypowiedzi obejmuje natomiast pewne

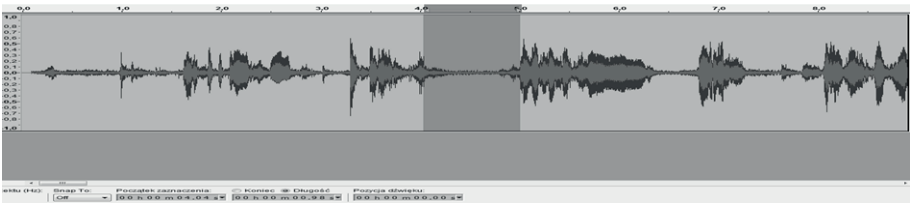
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

jej parametry ilościowe[12]. Analizy nagrań zawierają również dokładną charakterystykę przerw w ciągu fonicznym [Gołąb, Heinz, Polański, 1970, s. 415]. Wskazujemy więc wszelkie formalne aspekty pauz (czas ich trwania oraz postać dźwiękową) [Śniatkowski, 2002, s. 15–18]. W dyskursie medialnym, podobnie jak w szkolnym, badana jest latencja rozpoczęcia wypowiedzi przez uczestników dialogu, a także przeprowadzana jest analiza tempa mówienia oraz stosowanych przez rozmówców pauz (z uwzględnieniem ich długości i formy dźwiękowej).

Badania nad dyskursem szkolnym. Analizie poddane zostają wypowiedzi uczniów w wieku 8–16 lat, uczęszczających do szkoły masowej. Każdorazowo oceniane są fragmenty nagranych wypowiedzi uczniów trwające 30 sekund. Rycina 5 przedstawia widmo przykładowego fragmentu wypowiedzi ucznia, który został poddany ocenie.



Ryc. 5. Przykładowe widmo wypowiedzi ucznia (zaznaczono fragment poddany analizie)



Ryc. 6. Ocena latencji pierwszej wypowiedzi ucznia

Ocenę latencji pierwszej wypowiedzi ucznia ukazuje rycina 6. Z widma nagranej wypowiedzi ucznia wynika, że czas oczekiwania na jego odpowiedź to 0,98 sekundy.

W prezentowanej przykładowej analizie wypowiedzi ucznia obliczono czas trwania wszystkich pauz, które stanowią w sumie 35,3% badanego fragmentu wypowiedzi (10,59 sekundy). Wśród pauz wskazać można zarówno pauzy właściwe, jak i wypełnione oraz częściowo wypełnione.

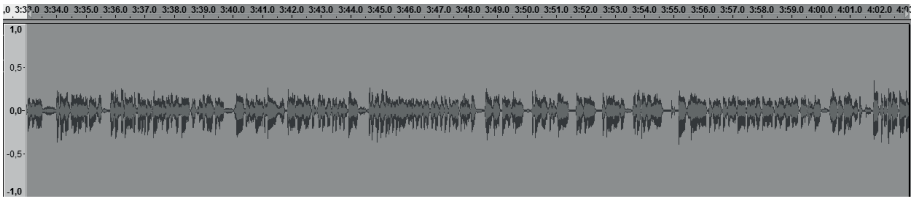
W najbliższej perspektywie prowadzone dziś analizy wypowiedzi uczniów szkoły masowej porównane zostaną z analizami wypowiedzi uczniów szkół specjalnych.

Badania nad dyskursem medialnym. Analizy obejmują wypowiedzi osób występujących w programach informacyjnych i publicystycznych nadawanych przez różne stacje telewizyjne. Badane fragmenty pochodzą z programów emitowanych na żywo. Ocenie poddane są wypowiedzi prymarnie mówione spontaniczne, których

12 W badaniach pilotażowych były to między innymi liczba pauz, czas ich trwania, liczba słów i sylab w określonej jednostce czasu.

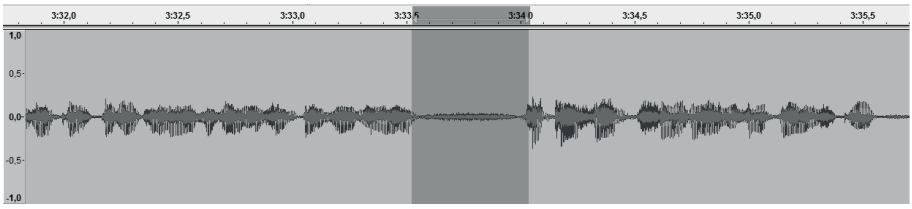
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

czas trwania wynosi przynajmniej 30 sekund. Na rycinie 7 ukazano widmo przykładowej analizowanej wypowiedzi.



Ryc. 7. Widmo trzydziestosekundowej wypowiedzi w dyskursie medialnym

Po powiększeniu widma możliwe było obliczenie czasu trwania pauz w danym fragmencie, który wyniósł 10,65 sekundy, co stanowi 35,5% wypowiedzi, a także wskazanie latencji pierwszej wypowiedzi (ryc. 8), która wyniosła 0,51 sekundy.



Ryc. 8. Ocena latencji pierwszej wypowiedzi uczestnika dyskursu medialnego

Prowadzone badania mają na celu wskazanie norm tempa wypowiedzi w określonym dyskursie – będzie to możliwe po dodaniu wartości charakteryzujących pauzy w wypowiedziach do danych, które pozwalają ocenić tempo mówienia.

2.4. Dydaktyka akademicka w zakresie niemówienia

Autorytarnie stwierdzamy, iż logopedzi są słabo przygotowywani do diagnozowania osób niemówiących, programowania terapii niemówienia i wdrażania jej. Część ośrodków uniwersyteckich w programach studiów nie posiada nawet przedmiotu, który zapoznawałby przyszłych logopedów z alternatywnymi metodami komunikacji. Najczęściej metody te traktuje się jako opozycyjne w stosunku do proponowanych w ramach tak zwanej klasycznej logopedii.

W 2014 roku Zakład Neurolingwistyki Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie rozpoczął kształcenie podyplomowe w ramach trzysemestralnych studiów Porozumiewanie się osób niemówiących w praktyce terapeutycznej – alternatywne metody komunikacji. Wydaje się, iż to pierwsza w Polsce tak szeroka formuła zdobywania kompetencji terapeutycznych w zakresie niemówienia. Treści kształcenia ujęto w trzy bloki tematyczne:

1) neurolingwistyczny, obejmujący takie przedmioty, jak: wprowadzenie do neurolingwistyki, niemówienie jako zjawisko lingwistyczne, neurolingwistyka w praktyce terapeutycznej, logopedyczne podstawy diagnozy i terapii osób niemówiących;

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

2) medyczny, w skład którego wchodzą przedmioty: medyczne determinanty niemówienia, niemówienie w praktyce medycznej;
3) metodyczny, w ramach którego student zdobywa umiejętności w zakresie takich przedmiotów, jak: filozoficzne i psychologiczne podstawy alternatywnych metod komunikacji, diagnoza funkcjonalna pacjenta, technologia wspomagająca komunikowanie się, metodyka postępowania terapeutycznego, alternatywne metody komunikowania się we wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka, alternatywne metody komunikowania się w procesie edukacji przedszkolnej i szkolnej, alternatywne metody komunikowania się osób ze spektrum autyzmu, alternatywne metody komunikowania się pacjentów z niepełnosprawnością nabytą.

Wierzymy, iż – oprócz celów praktycznych – zaprezentowana forma kształcenia przyczyni się do lepszego poznania zjawiska niemówienia.

Zakończenie

Zaprezentowane w artykule obszary refleksji naukowej i praktyki terapeutycznej stanowią punkt wyjścia, z którego warto podążać w kierunku wyodrębnienia interdyscyplinarnej (transdyscyplinarnej) nauki o niemówieniu. Mogłaby ona realizować zarówno cele poznawcze, przyczyniając się do zgłębiania fenomenu, jakim jest niemówienie, jak i praktyczne, służąc pomocą w organizowaniu działań diagnostycznych i terapeutycznych zwróconych w kierunku osób niemówiących. Ponadto, co nie bez znaczenia dla tradycji uniwersyteckich, nie musiałyby być jej obce cele transferencyjne, jakie stawia się poszczególnym specjalnościom czy dyscyplinom naukowym. Jeśli miałby być spełniony choć jeden z celów, należy o niemówieniu mówić.

Bibliografia

Dąbska Izydora, 1963, *Milczenie jako wyraz i jako wartość*, „Roczniki Filozoficzne", 1, XI, s. 73–79.

Gołąb Zbigniew, Heinz Adam, Polański Kazimierz, 1970, *Słownik terminologii językoznawczej*, Warszawa.

Grabias Stanisław, 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia", X, s. 3–20.

Grabias Stanisław, 2001, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, w: tenże (red.), *Zaburzenia mowy*, Lublin, s. 11–43.

Grabias Stanisław, 2007, *Język, poznanie, interakcja*, w: Tomasz Woźniak, Aneta Domagała (red.), *Język, interakcja, zaburzenia mowy. Metodologia badań*, Lublin, s. 355–377.

Grabias Stanisław, 2012, *O ostrość refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania*, w: Stanisław Milewski, Katarzyna Kaczorowska-Bray (red), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Gdańsk, s. 56–69.

Grucza Franciszek, 1983, *Zagadnienia metalingwistyki. Lingwistyka – jej przedmiot, lingwistyka stosowana*, Warszawa.

Grzegorczykowa Renata, 2007, *Wstęp do językoznawstwa*, Warszawa.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Harris Zellig, 1979, *Założenia metodologiczne językoznawstwa strukturalnego*, w: Halina Kurkowska, Adam Weinsberg (red.), *Językoznawstwo strukturalne*, Warszawa, s. 158–174.
Kaczmarek Leon, 1991, *O polskiej logopedii*, w: Helena Borowiec (red.), *Przedmiot logopedii*, Lublin, s. 5–25.
Kulawik Adam, 1994, *Poetyka. Wstęp do teorii dzieła literackiego*, Kraków.
Lyons John, 1983, *Semantyka 1*, Warszawa.
Merleau-Ponty Maurice, 1976, *Proza świata. Eseje o mowie*, Warszawa.
Michalik Mirosław, 2012, *Dyzartria i anartria w kontekście wieloaspektowej diagnozy różnicowej*, w: Mirosław Michalik, Anna Siudak, Zdzisława Orłowska-Popek (red.) *Nowa logopedia*, t. 3: *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej*, Kraków, s. 383–406.
Michalik Mirosław, 2013, *Niemówienie jako problem lingwistyczny, kulturowy i szkolny. Uwagi neurolingwisty*, w: Mirosław Michalik, Anna Hetman (red.), *Synergia. Mowa – Terapia – Wychowanie*, Jastrzębie-Zdrój–Kraków, s. 9–19.
Michalik Mirosław, 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, w: Stanisław Milewski, Katarzyna Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk, s. 32–46.
Polański Kazimierz (red.), 1999, *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Wrocław–Warszawa–Kraków.
Rokoszowa Jolanta, 1983, *Język a milczenie*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego", XL, s. 129–137.
Rokoszowa Jolanta, 1994, *Milczenie jako fakt językowy*, „Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego", L, s. 27–47.
Saville-Troike Muriel, 1989, *The ethnography of communications. An introduction*, Oxford.
Skoczek Anna, 2014, *Mutyzm – zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków.
Szymczak Mieczysław (red.), 1990, *Słownik języka polskiego*, t. 2, Warszawa.
Śniatkowski Sławomir, 2002, *Milczenie i pauza w gramatyce nadawcy i odbiorcy. Ujęcie lingwoedukacyjne*, Kraków.
Woźniak Tomasz, 2012, *Niepłynność mówienia*, w: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin, s. 549–565.
Zyss Tomasz, 2011, *Neurofizjologiczne podłoże procesu mówienia – rola somatosensorycznej kontroli zakrętów zaśrodkowych*, w: Mirosław Michalik (red.), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, Kraków, s. 35–55.

Summary

The article discusses the importance of the scientific description of mutism. The paper starts with linguistic arguments and talks about the phenomenon from the perspective of speech disorders typology and from the perspective of the mute person himself/herself. It suggests that the tempo of utterance (which is different from the tempo of speech) should be included in the study of mutism. It also discusses the competence of speech therapists to diagnose and program the therapy of mute people. The conclusion of the article is that the interdisciplinary research of mutism would allow for better understanding of this phenomena and a more effective therapy.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Jurek Olszewski, Kalina Owczarek
Uniwersytet Łódzki*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi**

JAKOŚĆ MOWY ZASTĘPCZEJ U CHORYCH PO USUNIĘCIU KRTANI BEZ PROTEZY GŁOSOWEJ I Z WSZCZEPIONĄ PROTEZĄ GŁOSOWĄ TYPU PROVOX II

THE QUALITY OF SUBSTITUTE SPEECH WITH LARYNGECTOMEES PATIENTS WITH OR WITHOUT THE IMPLANTED VOICE PROSTHESIS TYPE PROVOX II

Słowa kluczowe: mowa zastępcza, laryngektomia, proteza głosowa.
Keywords: substitute speech, laryngectomies, voice prosthesis.

Tezy artykułu

Najbardziej przykrą konsekwencją operacji usunięcia krtani jest dla pacjenta niemożność porozumiewania się dźwięcznym głosem. Autorzy dokonują porównania mowy przełykowej u chorego po usunięciu krtani z powodu nowotworu z mową zastępczą innego chorego z wszczepioną protezą głosową Provox II, również po zabiegu laryngektomii.

Wstęp

Rozwój rehabilitacji głosu i mowy po usunięciu krtani jest ściśle związany z historią jej operacji. Już w 1873 roku w Wiedniu Teodor Billroth, u pacjenta po usunięciu krtani z powodu raka krtani, zastosował specjalną rurkę tracheostomijną, która pozwalała nie tylko na przechodzenie powietrza z płuc do gardła, ale również generowała drgania ust przełyku i zabezpieczała przed aspiracją pokarmów do płuc.

W 1959 roku pracujący w Wiedniu Jan Czermak uzyskał dobry głos u chorej z całkowicie zarośniętą krtanią, poprzez wykonanie tracheostomy i połączenie jej rurką zewnętrzną z gardłem [Bień, Okła, 2006].

* Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.
** Wydział Wojskowo-Lekarski, Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, ul. S. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Pod koniec XIX wieku wielu lekarzy zaczęło zwracać uwagę na możliwość tworzenia mowy przez osoby pozbawione krtani, bez użycia jakiegokolwiek urządzenia. Larynx sądził, że drgania imitujące głos powstają w błonie śluzowej gardła, Struebing i Landois wskazywali na podstawę języka, a Gutzmann jako miejsce drgań podawał policzki i przełyk [Bień, Okła, 2006]. Jednocześnie rozwijały się metody chirurgiczne rehabilitacji mowy po usunięciu krtani, polegające na wytworzeniu kanału skórnego lub śluzówkowego, umożliwiającego kierowanie powietrza z płuc do przełyku i gardła.

Główne metody chirurgicznych rehabilitacji mowy to [Bień, Okła, 2006]:

1) technika Brianiego (1952 rok) z wytworzeniem przetoki skórno-przełykowej z otworem w skórze powyżej tracheostomy i kanałem skierowanym do dołu, co miało zapobiegać przeciekowi,
2) technika Conleya (1958 rok) z wytworzeniem długiego kanału z samej błony śluzowej przełyku i skierowanie jej ku dołowi w celu uniknięcia przecieku pokarmów do dróg oddechowych,
3) trzyetapowa technika Assay (1960 rok), która polegała na wykonaniu w pierwszym etapie podwójnej tracheostomy, w drugim etapie na wytworzeniu górnej środkowej faryngostomy i w trzecim etapie tunelu skórnego, łączącego obydwa otwory,
4) technika Staffieriego [1981], z wytworzeniem małej przetoki śluzówkowej, łączącej górny kikut tchawicy ze ścianą gardła,
5) wszczepialne endoprotezy Gussenbauera lub Caselliego (1985 rok), wprowadzane przez wcześniej przygotowane chirurgicznie kanały tkankowe (ze względu na ich zarośnięcia blizną szybko zostały zaniechane),
6) małe intubowane przetoki głosowe (1972 rok), których światowym pionierem był profesor Erwin Mozolewski (funkcję zastawki spełniała rurka polietylenowa, termicznie sklejona z fragmentem folii),
7) endoprotezy tchawiczo-przełykowe wprowadzone przez Singera i Blooma (1980 rok), które są podawane jako pierwsze w literaturze światowej,
8) endoprotezy tchawiczo-przełykowe wprowadzone przez Williama Panjego (1981 rok).

Od wielu lat stosowane są protezy głosowe (Provox, Provox 2, Vega, Provox ActiValve i Provox NiD^{TM}), które w opinii wielu laryngologów i foniatrów zapewniają najlepszą jakość głosu w porównaniu z innymi metodami rehabilitacji głosu po całkowitej laryngektomii (ryc. 1)[1].

Proteza Provox 2 (ryc. 2) została wprowadzona w 1997 roku, głównie w celu jej założenia z dostępu przedniego (przez stomę). Podczas wymiany tej protezy można ją zakładać od zewnątrz przez tracheostomę, za pomocą jednorazowego podajnika. Provox 2 zapewnia większy wybór rozmiarów (długości) niż pierwsza proteza Provox.

Pierwsze zewnętrzne generatory drgań służące do rehabilitacji mowy po usunięciu krtani konstruowano na przełomie XIX i XX wieku, głównie za sprawą Glucka (1908 rok). W Polsce zewnętrzne wibratory drgań firmy Servox stosowane były między innymi w Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Szczecinie przez profesora Erwina Mozolewskiego [Mozolewski, 1972]. Obecnie są ośrodki, które w rehabilitacji mowy stosują jedynie protezy implantowane, ale nadal niektóre ośrodki

1 Ryciny na wkładce kolorowej, s. 101–102.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

w Polsce preferują naukę mowy zastępczej przełykowej [Latkowski, Olszewski, Kosiek, 2010; Olszewski, 2010; 2011; Janczewski, Latkowski, Olszewski, Kosiek, 2010].

Celem pracy jest porównawcza ocena jakości mowy zastępczej u chorych po usunięciu krtani bez/i z wszczepioną protezą głosową typu Provox II na podstawie dwóch wybranych przypadków klinicznych.

Materiał i metody

Chory K.P. lat 46 (nr hist. chor. 2778/2008), u którego 12 marca 2008 roku wykonano całkowitą laryngektomię metodą Rethie z usunięciem lewego płata tarczycy z powodu raka krtani i tarczycy.

Chory D.K. lat 44 (nr hist. chor. 13705/2010), u którego 4 listopada 2010 roku wykonano całkowitą laryngektomię metodą Rethie z operacją węzłową selektywną regionu II po stronie prawej oraz jednoczesnym wszczepieniem protezki głosowej typu Provox II z powodu raka krtani.

Każdemu choremu udzielono instruktażu dotyczącego pielęgnacji tracheostomy [Iwankiewicz, 2007] oraz systematycznego wykonywania następujących ćwiczeń:

1) oddychanie torem przeponowo-żebrowym:
   — powolny wdech z równoczesnym przemieszczaniem dolnego odcinka klatki piersiowej i mięśni brzucha ku przodowi,
   — wydech z równoczesnym wciągnięciem mięśni brzucha;
2) rozluźniające układ żwaczowy oraz zwieracz przełyku:
   — ziewanie szeroko otwartymi ustami,
   — wciąganie powietrza za pomocą słomki,
   — powolne ruchy obrotowe głową;
3) wykorzystanie głośnego odbicia do formowania głosu:
   — zassanie powietrza do przełyku, następnie wymawianie na odbitym powietrzu sylab: *ka*, *ta* itp.,
   — wymawianie na odbitym powietrzu słów dwusylabowych (*tata*) i trzysylabowych (*parawan*), łączenie wyrazów (*kaczka dziwaczka*) i zdań dwuwyrazowych (*jestem chory*);
4) metody uzyskania dźwięcznego odbicia:
   — metoda inhalacji: głowa odchylona silnie ku tyłowi, usta rozchylone, wykonanie wdechu, a następnie pochylenie się całym ciałem ku przodowi, z równoczesnym uciskaniem oburącz nadbrzusza i wydawaniem głośnego dźwięku odbijania powietrza,
   — metoda iniekcji: polega na wprowadzeniu powietrza z gardła dolnego do przełyku za pomocą języka w czasie pierwszej fazy połykania (chory prowokuje odbicie z równoczesnym wytworzeniem głośnego dźwięku),
   — metoda połykania powietrza lub płynów gazowanych w celu nagromadzenia powietrza w przełyku, a następnie uzyskania dźwięcznego odbicia;
5) wydłużające czas fonacji:
   — czas wydawania dźwięku wydłuża się w miarę ćwiczeń – może osiągnąć 5–7 sekund (im dłuższy uzyska się czas fonacji, tym mowa będzie bardziej płynna);

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

6) eliminujące szmery oddechowe:
   — niekontrolowane oddychanie podczas posługiwania się mową przełykową może nasilić szum wydychanego z tracheostomy powietrza (szmery te można zmniejszyć lub zlikwidować, regulując strumień powietrza).

Po trzech miesiącach od zabiegu i przeprowadzonej rehabilitacji dokonano oceny jakości głosu zastępczego.

Wyniki badań

Głos w mowie przełykowej u chorego po usunięciu krtani bez protezki głosowej jest niski i stosunkowo cichy, o bardzo małym zakresie wysokości, co powoduje znaczne ograniczenie intonacji i utrudnia w związku z tym przekazywanie emocji. Nie ma natomiast problemu z wyrazistością znaczeniową przekazu.

Mówienie jest dla pacjenta męczące ze względu na kolizję z oddychaniem. Uniemożliwia dłuższe, ciągłe wypowiedzi. Nauka tego sposobu mówienia trwa długo i jest często nieskuteczna. Większość pacjentów nie jest w stanie jej dobrze opanować.

W przypadku chorego po usunięciu krtani z wszczepioną protezką głosową obserwuje się bardzo szybką (po opanowaniu kolejnych etapów i przestrzeganiu zasad) naukę głosu zastępczego, która w pełni satysfakcjonuje pacjenta.

Głos tworzony w protezie ma naturalne brzmienie, na jednym wydechu można wymawiać całe długie zdania, mowa jest wyraźna, o zaznaczonych elementach prozodycznych, co czyni ją zbliżoną do mowy fizjologicznej.

Na podstawie przedstawionej rozmowy z pacjentami lepszą jakość głosu zastępczego oraz lepsze możliwości komunikowania stwierdzono u chorego z wszczepioną protezą głosową (ryc. 3).

Głos zastępczy tworzony w protezie głosowej, uzyskany szybko i łatwo, może nie być doceniany przez pacjenta. Głos zastępczy przełykowy, opanowywany mozolnie przez wiele miesięcy, jest dla pacjenta bezcennym skarbem i powodem do dumy, nawet jeśli jego jakość nie jest najlepsza.

Pacjenci po wtórnych implantacjach (posługujący się przez lata pseudoszeptem) dzielą życie na „przed protezką" i „po założeniu protezki". Niektórzy ogromnie koncentrują się na przeżywaniu faktu utraty krtani, zaniedbując odbudowę mowy dźwiękowej.

Omówienie wyników

Najbardziej przykrą konsekwencją operacji usunięcia krtani jest niemożność porozumiewania się dźwięcznym głosem. Większość osób po pewnym czasie uczy się tak zwanej mowy zastępczej, lecz w pierwszym okresie pooperacyjnym trudności w komunikowaniu się są często przyczyną zniecierpliwienia i zniechęcenia.

Do czasu opanowania nowego głosu i mowy chorzy posługują się tak zwanym pseudoszeptem, który powstaje w jamie ustnej na skutek przemieszczania powietrza między narządami artykulacyjnymi, to jest językiem i wargami, zębami oraz pod-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

niebieniem. Pseudoszept jest bardzo cichy, ale może być zrozumiały pod warunkiem, że będzie się mówić powoli i pełnymi zdaniami.

Mechanizm tworzenia głosu przełykowego przedstawia się następująco: rolę generatora drgań przejmują tak zwane usta przełyku, tworzące pseudogłośnię, a zbiornikiem powietrza jest przełyk. Powietrze usuwane z przełyku ruchem antyperystaltycznym powoduje drgania pseudogłośni, tworząc dźwięk podstawowy, który następnie jest odpowiednio modulowany w nieznacznie zmienionych jamach rezonacyjnych i artykulacyjnych. Głos przełykowy posiada niską częstotliwość tonu podstawowego (60–80 Hz) oraz uboższą intonację. Ze względu na małą pojemność przełyku (150–200 cm^3) czas fonacji jest skrócony, a tempo mowy zwolnione [Okła, 2007].

Ćwiczenia wprowadzające do nauki głosu i mowy zastępczej powinny być rozpoczęte jeszcze przed operacją, natomiast właściwą rehabilitację rozpoczyna się po wygojeniu rany i podczas pobytu w szpitalu [Olszewski, 2005].

Pierwsze ćwiczenia powinny być prowadzone przez lekarza i fizjoterapeutę, by nie powstały i nie utrwaliły się nieprawidłowe nawyki utrudniające opanowanie mowy zastępczej. Najistotniejsze w procesie rehabilitacji głosu jest uzyskanie dźwięcznego odbicia z przełyku, które uważa się powszechnie za odgłos nieestetyczny, jednakże w rehabilitacji jest ono niezbędne do formowania głosu i mowy przełykowej. Jakość mowy przełykowej oraz szybkość jej opanowania zależy od wytrwałości i systematyczności ćwiczącego, ale skuteczność rehabilitacji opóźniają takie czynniki, jak: wysokie napięcie zwieracza ust przełyku, rozległość zabiegu operacyjnego, rentgenoterapia, ubytek słuchu, zły stan uzębienia, choroby współistniejące [Janczewski, Latkowski, Olszewski, Kosiek, 2010].

Wnioski

Najlepszym sposobem komunikowania się po operacji usunięcia krtani jest wyuczona mowa zastępcza z wszczepioną śródoperacyjnie protezką głosową typu Provox II.

Bibliografia

Bień Stanisław, Okła Sławomir, 2006, *Historia rehabilitacji głosu i mowy u chorych po usunięciu krtani*, „Otorynolaryngologia", V, s. 17–23.

Iwankiewicz Stanisław, 2007, *Tracheostomia*, Warszawa.

Janczewski Grzegorz, Latkowski Jan Bożydar, Olszewski Jurek, Kosiek Katarzyna, 2010, *Algorytmy diagnostyki i postępowania w otorynolaryngologii*, Poznań.

Janczewski Grzegorz, Osuch-Wójcikiewicz Ewa, 2002, *Rak krtani i gardła dolnego*, Bielsko-Biała.

Latkowski Jan Bożydar, Olszewski Jurek, Kosiek Katarzyna, 2010, *Podstawy farmakoterapii i fizjoterapii w wybranych jednostkach otorynolaryngologii*, Łódź.

Mozolewski Erwin, 1972, *Chirurgiczna rehabilitacja głosu i mowy po laryngektomii*, „Otolaryngologia Polska", XXVI, s. 653–661.

Okła Sławomir, 2007, *Chirurgiczna rehabilitacja głosu po całkowitej laryngektomii*, Warszawa.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Olszewski Jurek, 2005, *Fizjoterapia w otorynolaryngologii dla studentów fizjoterapii*, Bielsko-Biała.
Olszewski Jurek, 2010, *Medical rehabilitation in otorhinolaryngology for students of medicine and physiotherapy*, Lodz.
Olszewski Jurek, 2011, *Fizjoterapia w wybranych dziedzinach medycyny*, Warszawa.
Staffieri Mike, 1981, *Laryngoplasty after total laryngectomy*, „Archives of Otolaryngology", LX, s. 254–262.

Summary

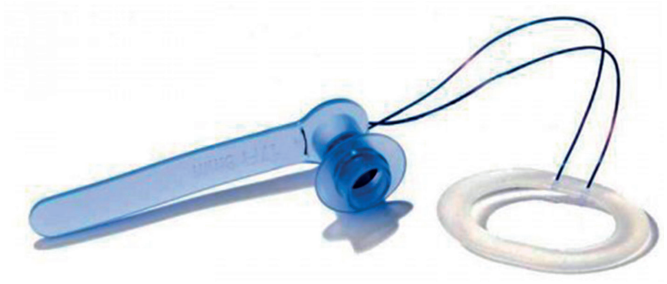
Introduction. The quality of substitute speech with laryngectomees patients with or without the implanted voice prosthesis type Provox II on the bases of two clinical cases was compared.

Material and methods. The evaluation of voice was compared on the bases of two patients treated in Otolaryngological and Laryngological Oncology Clinic. The patients K.P. aged 46 (medical history number 2778/2008) who, on March 12, 2008 underwent total laryngectomy with the Rethie method including the removal of left thyroid lobe due to thyroid and larynx cancer. The patients D.K. ages 44 (medical history number 13705/2010) who on November 4, 2010 underwent total laryngectomy with the Rethie method including selective lymphe node operation of Region II on the right side with the implanting of the voice prosthesis type Provox II due to larynx cancer. Each patients was instructed on tracheostomy care and systematic performing of the fallowing exercises: diaphragmatic-ribbed tract breathing loosening masseter muscle system and esophageal sphincter, the use of lauder reflection in the process of voice production, the method of obtaining loud reflection lengthening of the time of phonation and eliminating breath sounds. The evaluation of the quality of substitutive speech was performed after three months.

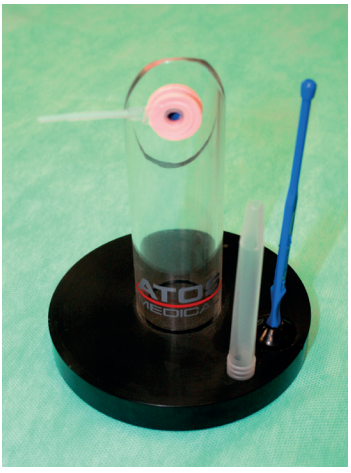
Results. On the basis of the conversation with the patients, it turned out that the patient with the implanted voice prosthesis had better quality of substitutive speech and better communication possibility.

Conclusions. The learned substitutive speech with the interoperatively implanted the voice prosthesis type P. II turned out to be the best way of communication.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

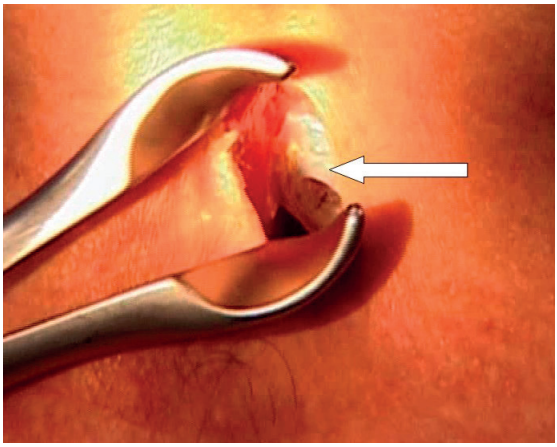


Ryc. 1. Proteza głosowa Provox NiD^{TM} do pielęgnacji w warunkach domowych



Ryc. 2. Zestaw do implantacji protezy głosowej Provox 2

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666



Ryc. 3. Chory po laryngektomii z wszczepioną protezą głosową typu Provox 2

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Danuta Pluta-Wojciechowska
Uniwersytet Łódzki*

DLACZEGO WYMOWA GŁOSEK POLSKICH MOŻE BYĆ TRUDNA DLA CUDZOZIEMCÓW?

WHY PRONOUNCING POLISH SOUNDS MAY BE HARD FOR THE FOREIGNERS?

Słowa kluczowe: bilingwizm, wymowa cudzoziemców, uczenie się języka polskiego przez cudzoziemców.
Keywords: bilingualism, non-native pronunciation, Polish as a foreign language.

Wprowadzenie

Przedmiotem opracowania jest wymowa głosek języka polskiego, jaką spotyka się u dorosłych cudzoziemców uczących się polskiego jako języka drugiego L2. W rozważaniach przyjmuję, że L1 to język, jaki został przyswojony przez człowieka jako pierwszy. Z kolei pisząc L2, mam na myśli język, którego człowiek uczy się jako drugiego. Podejmuję ten temat, ponieważ – jak wynika z pilotażowych badań Danuty Pluty-Wojciechowskiej i Barbary Sambor [Pluta-Wojciechowska, Sambor, 2015] – u obcokrajowców uczących się języka polskiego jako L2 mogą występować różnorodne anomalie anatomiczno-czynnościowe, które wraz z innymi czynnikami mogą być przyczyną trudności w uzyskaniu normatywnych głosek języka polskiego. W świetle badań i analiz [zob. Pluta-Wojciechowska, 2015a; 2015b; 2015c; Pluta-Wojciechowska, Sambor, 2015] uznaję zatem, że w ocenie przyczyn trudności uzyskania normatywnych cech głosek języka polskiego istotne jest uwzględnienie – obok innych sposobów pomocy uczącym się polskiej wymowy – metodyki postępowania logopedycznego.

W opracowaniach na temat trudności wymowy głosek występujących u obcokrajowców uczących się języka polskiego jako L2 podkreśla się w szczególności wpływ wcześniej przyswojonego języka. Wiąże się to – mówiąc generalnie – ze zjawiskiem transferu [Odlin, 1993; Tepperman, Bresch, Kim, Lee, Goldstein, Narayanan, 2009] oraz różnymi ustawieniami artykulacyjnymi właściwymi dla każdego języka [Honikman, 1964] i zjawiskiem Inter-Speech Posture (ISP), o którym pisze Gick, Wilson, Koch, Cook [2004]. Czynniki te mogą wchodzić w różnorodne sprzężenia z biologicznymi uwarunkowaniami wymowy, a także innymi determinantami związany-

* Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

mi z nauką wymowy, na przykład metodą uczenia głosek języka polskiego, zdolnościami naśladowania dźwięków mowy itd. Niniejsze opracowanie uwzględnia przede wszystkim analizę czynników związanych z procesami realizacyjnymi, które – obok procesów percepcyjnych (słuch fizjologiczny, słuch fonemowy, słuch fonetyczny) – odgrywają rolę w tworzeniu dźwięków mowy. To rzadko podejmowany problem w nauczaniu języka obcego.

O charakterystycznej „fonetycznej nucie" języka polskiego

Kiedy poznajemy nowy język, nasze ucho zauważa jego charakterystyczną „fonetyczną nutę". Staje się ona pewną „linią papilarną", na podstawie której możemy w pewnym zakresie zidentyfikować osoby mówiące danym językiem. W przypadku języka polskiego sami Polacy jako przykład owej charakterystycznej nuty przytaczają zdania typu: „W Szczebrzeszynie chrząszcz brzmi w trzcinie", „Szczęśliwy szczeniak Staszka zaszczekał" czy „Mistrz Szczepan wystrzelił ze strzelby, szczerząc zęby". Co zatem składa się na charakterystyczną nutę języka polskiego?

Analizy prowadzone przez językoznawców skłaniają do opinii, że polski należy do języków umiarkowanie konsonantycznych, ponieważ udział fonemów spółgłoskowych stanowi ponad 80% ogólnego zasobu fonemów języka polskiego. Do charakterystycznych cech fonetyki języka polskiego – zauważalnej przez cudzoziemców – należy duża liczba zwarto-szczelinowych i szczelinowych spółgłosek zębowych, dziąsłowych i palatalnych, a także – co istotne – często występujące grupy spółgłoskowe [por. analizy Maciołek, Tambor, 2012, s. 12–13]. Fonetyka języka polskiego jest zatem rozpoznawalna, a język polski wyróżnia się na tle innych języków, tworząc charakterystyczną i wyrazistą nutę. Nie dziwią nas zatem przywołane powyżej „próbki" języka polskiego, jakie chętnie demonstrujemy cudzoziemcom.

Czy wymowa wskazanych głosek może być trudna dla cudzoziemców? Jak wynika z doświadczeń i rozmów z lektorami języka polskiego, odpowiedź na to pytanie jest twierdząca [por. Szmidt, Castellví, 2010; Maciołek, Tambor, 2012; Szpyra-Kozłowska, 2013]. Myślę, że wśród różnych przyczyn trudności (o niektórych z nich była mowa powyżej) można wymienić te, które obserwujemy w odniesieniu do rodzimych użytkowników języka polskiego z wadami wymowy [Konopska, 2006; Ostapiuk, 2013a; 2013b; Pluta-Wojciechowska, 2013; Pluta-Wojciechowska, Sambor, 2015; Sambor, 2014; 2015a; 2015b; w druku]. Skoro zatem także rodzimi użytkownicy języka polskiego mają problem z wymową na przykład głosek dentalizowanych, to można postawić hipotezę, że trudności wymowy głosek języka polskiego u obcokrajowców mogą w pewnym zakresie mieć ten sam rodowód co w przypadku osób polskojęzycznych. Różnicowanie słuchowe i wymawianiowe trzech szeregów głosek dentalizowanych [sz:s:ś], [cz:c:ć], [ż:z:ź], [dż:dz:dź], o których była mowa powyżej, jest najprawdopodobniej jednym z najtrudniejszych zadań, jakie stoi nie tylko przed dzieckiem przyswajającym język polski, ale też przed obcokrajowcem uczącym się języka polskiego.

Przyjrzyjmy się cechom polskich głosek dentalizowanych i głoski wibracyjnej. W analizach przyjmuję system fonetyczny i fonologiczny Bronisława Rocławskiego [2001, por. Ostaszewska, Tambor, 1997]. Opisując miejsce artykulacji jednej z głosek

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

dziąsłowych dentalizowanych [sz], autor wskazuje na konieczność kontaktu apeksu z fałdami dziąsłowymi (rzadziej przy tylnej części dziąseł lub przy początku praepalatum), gdzie tworzona jest dość szeroka i głęboka szczelina [Rocławski, 2001, s. 276]. Z kolei w przypadku jednej z szeregu głosek palatalnych [ś] autor wskazuje na miejsce artykulacji, opisując je jako przednio-środkowojęzykowo-przydziąsłowo-twardopodniebienne, przy czym apeks nie kontaktuje się z dnem jamy ustnej, a szczelina „jest nieco węższa i płytsza niż szczelina wytwarzana w czasie wymawiania [sz]" [Rocławski, 2001, s. 278–279].

Wymowa głosek zębowych dentalizowanych może być omówiona na przykładzie [s], której artykulacja opisywana jest przez B. Rocławskiego w sposób następujący: „[…] większość autorów rozróżnia dwa sposoby artykulacji [s]: z czubkiem języka przy dolnych siekaczach i ze wzniesionym praedorsum oraz z podniesionym czubkiem języka" [Rocławski, 2001, s. 272, por. opis artykulacji [c], s. 282]. Przy czym prąd powietrza, jak należy rozumieć analizy autora, jest węższy niż podczas wymowy [sz] i [ś]. Wymowa [r] polega na tym, że czubek języka uderza o dziąsła, przy czym ruch ten jest powtarzany 2–3 razy, co w efekcie sprawia wrażenie drżenia [Rocławski, 2001, s. 236].

Komentując wymowę głosek dentalizowanych, trzeba też zauważyć, że na bazie uformowanego układu narządów, pozycji języka i żuchwy należy wypuścić pewną dawkę powietrza w określone miejsce w jamie ustnej, a dalej skierować strumień powietrza w miejsce zbliżonych łuków zębowych. Analizując kształt języka podczas artykulacji wymienionych grup głosek, należy podkreślić, że jest on uformowany w różny sposób, co oznacza, że tworzą się na nim różnej wielkości wgłębienia, przez które przepływa powietrze artykulacyjne.

Można podsumować, biorąc także pod uwagę własne obserwacje poczynione podczas prowadzenia terapii logopedycznej, że prawidłowa artykulacja głosek dentalizowanych (i ich rozróżnianie) oraz [r] wymaga – oprócz sprawnego słuchu fonemowego i fonetycznego – znacznej mobilności języka, w szczególności jego przedniej części, a także możliwości wytworzenia na języku różnie uformowanych wgłębień. Taka ruchomość języka warunkowana jest stanem wędzidełka języka, przy zachowaniu prawidłowej wielkości tego narządu, a także ma związek z przebiegiem czynności prymarnych. Analizy przeprowadzone przeze mnie [Pluta-Wojciechowska, 2011; 2013; 2014/2015; Sambor, 2015a; 2015b] wskazują na związek rozwoju czynności prymarnych (w szczególności jedzenia, picia i oddychania) z kształtowaniem się sprawności języka, jaka jest niezbędna, aby prawidłowo artykułować głoski, w tym dentalizowane. Okazuje się bowiem, że aż 19 głosek języka polskiego w tworzeniu głównego miejsca artykulacji wykorzystuje różne warianty pozycji wertykalno-horyzontalnej języka[1], która jest doświadczana i utrwalana podczas oddychania, jedzenia i picia [Pluta-Woj-

1 „Pozycja wertykalno-horyzontalna języka to pionizacja szerokiego języka w jamie ustnej, podczas której język z jednej strony jest wzniesiony, dotykając czubkiem okolic za szyjkami górnych zębów siecznych, przy czym część dorsalna jest przyklejona do podniebienia, z drugiej zaś przyjmuje kształt szeroki. Podkreślmy, że przednia część języka przyjmuje pozycję horyzontalną, a czubek jest skierowany do podniebiennej części górnych zębów. Taką pozycję nazywam wertykalno-horyzontalną, co oznacza z jednej strony wertykalne wzniesienie języka, czyli tzw. pionizację, ale z zachowaniem horyzontalnego ułożenia jego przedniej części […]. Istotne są też warianty tej pozycji" [Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 309].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

ciechowska, 2013]. Jak wskazują badania, w przypadku ankyloglosji i/lub wady zgryzu i/lub zaburzeń czynności prymarnych pacjent może włączać różne mechanizmy kompensacyjne, co powoduje, że tworzone dźwięki w różnym zakresie odbiegają od normatywnych [Konopska, 2006; Ostapiuk, 2013a; 2013b; Pluta-Wojciechowska, 2013].

Biorąc pod uwagę rozwój fonetyczny dziecka, zauważamy, że spółgłoski dziąsłowe dentalizowane w rozwoju mowy dziecka pojawiają się najpóźniej, co świadczy także o tym, że wymagają znacznej sprawności języka, podobnie jak głoska [r] [por. Rocławski, 2001]. Gdyby tak nie było, dzieci wymawiałyby poprawnie głoski dentalizowane dziąsłowe – jak sądzę – znacznie wcześniej.

Czy prawidłowa wymowa głosek języka polskiego jest potrzebna cudzoziemcom?

Motorem uruchamiającym przekaz jest intencja. Mówimy zatem po to, aby realizować swoje intencje wyrażone w wypowiedzi werbalnej. „Słowo chce być słowem celnym" – pisze Hans-Georg Gadamer [2003, s. 156]. Owa celność słowa to z jednej strony właściwie dobrany zestaw słów, wyrażeń i konstrukcji gramatycznych, z drugiej zaś czystość, jasność, przezroczystość substancji fonicznej. Ma ona być taka, by słuchacz nie miał wątpliwości, o jakiej rzeczy jest mowa. Owa rzecz „pojawia się" w jego umyśle w sposób jednoznaczny.

Zrozumiałość mowy rozważana w tym miejscu ze względu na substancję foniczną w przypadku cudzoziemców wymaga zatem z jednej strony umiejętności takiej artykulacji poszczególnych głosek, że są one w miarę podobne do prawidłowych (a opisanych w normie danego języka), odzwierciedlają cechy dystynktywne realizowanego fonemu, z drugiej zaś swobodnego łączenia głosek w różne sekwencje, także w grupy spółgłoskowe [por. Szpyra-Kozłowska, 2013].

Odbiegająca od polskiej normy ortofonicznej wymowa cudzoziemców posługujących się naszym językiem powodować może niezrozumiałość mowy. Może także budzić rozmaite uczucia, komentarze, niedocenianie kompetencji. Do szczególnych cech wymowy niektórych cudzoziemców uczących się języka polskiego należy miękka lub zmiękczona wymowa spółgłosek dziąsłowych dentalizowanych. Zauważmy, że środkowojęzykowa realizacja fonemów [sz, ż, cz, dż] jest cechą wymowy małych dzieci. Jeśli taka cecha pojawia się w mowie osoby dorosłej, to może budzić nie tylko zdziwienie potencjalnych słuchaczy.

Czynniki determinujące prawidłową wymowę w L1 i L2

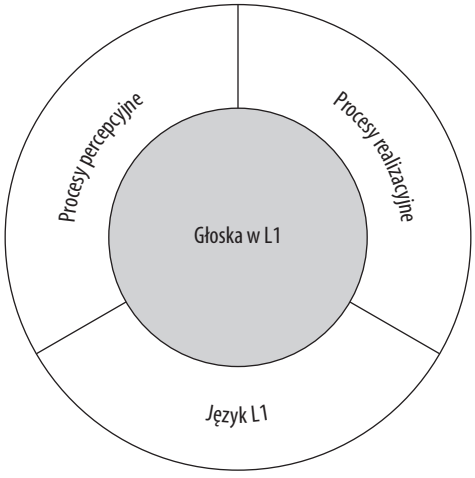
W podejmowanych rozważaniach przyjmuję, że mowa to układ kompetencji i sprawności. Zgodnie z tym stanowiskiem wymowa jest jednym ze składników elementów sprawności w posługiwaniu się danym językiem [Grabias, 1997; 2008; 2012]. Przyjmuję także, że głoska jest realizacją fonemu jako elementu systemu fonemów, który jest z kolei częścią kompetencji językowej, czyli społecznej wiedzy tkwiącej w umyśle człowieka [Grabias, 1997]. Dziecko nie rodzi się z uformowanymi fonemami, a tak-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

że z taką dojrzałością i sprawnością narządów mowy, aby artykułować głoski danego języka. Do tworzenia dźwięków mowy potrzebne jest uruchomienie wielu procesów, które wspólnie prowadzą dziecko do fonemu i głoski. To niezwykła droga, która jest uporządkowana i zgodna z naturalnym programem, jaki obserwuje się w ontogenezie dziecka [Łobacz, 2005; Ostapiuk, 2013b; Pluta-Wojciechowska, 2013].

Profilując główne czynniki w drodze do głoski i fonemu, można wymienić podstawowe czynniki o charakterze biologicznym, a mianowicie procesy percepcyjne i procesy realizacyjne [np. Grabias, 1997; 2008; 2012; Hiiemae, Palmer, 2003; Konopska, 2006; Kurkowski, 2013; Łobacz, 2005; Ostapiuk, 2013b; Pluta-Wojciechowska, 2006; 2011; 2013; 2014/2015; Rocławski, 2001; 2005; Serrurier, Badin, Barney, Boë, Savariaux, 2012].

Do procesów percepcyjnych należą: słuch fizyczny, słuch fonemowy, słuch fonetyczny, słuch prozodyczny. Z kolei procesy realizacyjne to budowa i motoryka narządów mowy, a w ujęciu szerokim także przebieg czynności prymarnych [Pluta-Wojciechowska, 2011; 2013; 2014/2015]. Pisząc „czynności prymarne", mam na myśli różne niewerbalne czynności odbywające się w przestrzeni ustno-twarzowo-gardłowej, które wyprzedzają artykulację lub towarzyszą jej rozwojowi i w różnym zakresie wpływają na rozwój umiejętności fonetycznych. Do najważniejszych czynności prymarnych należą: oddychanie, jedzenie i picie. Rozwój tych czynności fizjologicznych pozwala dziecku na zdobywanie doświadczeń ruchowych, które zostaną wykorzystane podczas artykulacji. Komentując to zagadnienie, pisałam o biomechanicznej bazie artykulacji, która jest tworzona na podstawie czynności prymarnych. Stąd w diagnozie logopedycznej uwzględnia się przebieg czynności prymarnych, gdyż ich zaburzenia mogą powodować zaburzenia realizacji fonemów lub mogą być jednym z czynników patogennych zaburzeń wymowy, także w przypadku osób dorosłych [Pluta-Wojciechowska, 2011; 2013; 2014/2015]. Na rycinie 1 symbolicznie przedstawiłam główne czynniki, od których zależy głoska jako realizacja fonemu języka L1.



Ryc. 1. Od czego zależy głoska w L1?

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Badania porównawcze realizacji fonemów różnych języków, które opisała Beatrice Honikman, pozwoliły na ustalenie, że wymowa głosek danego języka wiąże się z charakterystycznymi układami, pozycjami i ruchami narządów mowy odnoszącymi się do danych dźwięków mowy [Honikman, 1964]. Dalsze badania dotyczące tworzenia głosek w danym języku pokazały, że wymowa sekwencji głosek uporządkowanych w słowa, wyrażenia, zdania wiąże się również z charakterystycznymi cechami całego toru głosowo-artykulacyjnego. Podczas mówienia danym językiem w torze głosowo-artykulacyjnym można odnaleźć odróżniające go od innych języków cechy, w tym Pre-Speech i Inter-Speech Postures [Gick, Wilson, Koch, Cook, 2004; Ramanarayanan, Goldstein, Byrd, Narayanan, 2013; Wilson, Gick, 2014].

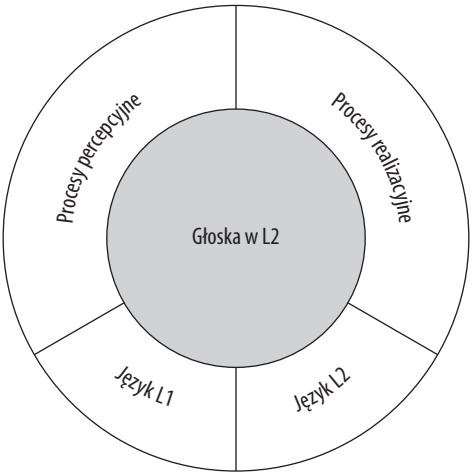
Wyjaśniając pozycję Inter-Speech, można powiedzieć, że jest to specyficzna pozycja narządów, jaką przyjmują mówiący pomiędzy poszczególnymi fragmentami, częściami wypowiedzi [por. Gick, Wilson, Koch, Cook, 2004]. Wynika ona z charakterystycznych cech danego systemu fonetyczno-fonologicznego i jest specyficzna dla danego języka. Zauważmy, że artykulacja sekwencji głosek wymaga takiej pozycji narządów, w tym języka, podczas pauz, aby szybko wykonać kolejny ruch po pauzie. Stąd pozycja Inter-Speech jest charakterystyczna dla danego języka, gdyż wynika z budowy artykulacyjnej jego głosek. Z perspektywy szybkości i ekonomiki ruchów artykulacyjnych związanych z danym systemem fonetycznym jest ona konieczna, aby szybko przemieścić język i inne narządy do kolejnych pozycji i układów [Gick, Wilson, Koch, Cook, 2004; Ramanarayanan, Goldstein, Byrd, Narayanan, 2013; Wilson, Gick, 2014]. Ten problem nie jest w ogóle – jak wynika z mojej wiedzy – uwzględniany w komentowaniu przyczyn wadliwej wymowy występującej u obcokrajowców uczących się języka polskiego jako L2 [por. uwagi Pluta-Wojciechowska, 2015a; 2015b; 2015c; Pluta-Wojciechowska, Sambor, 2015].

W literaturze podkreśla się znaczenie transferu języka L1 na język L2, co może być przyczyną lub jedną z przyczyn trudności w artykulacji głosek języka L2 w przypadku cudzoziemców uczących się języka polskiego jako L2. W kontekście prowadzonych w Polsce badań dotyczących wad wymowy występujących u osób polskojęzycznych można jednak wnioskować, że czynniki biologiczne są często determinantami występujących wad wymowy. Skoro tak, to nie można wykluczyć, że podobne czynniki biologiczne mogą powodować trudności w wymowie głosek języka polskiego u cudzoziemców uczących się naszego języka jako L2. Co więcej, można przypuszczać, że jeśli procesy percepcyjne i/lub realizacyjne są nieprawidłowe, to mogą one w różnym zakresie wpływać na rodzaj tworzonych dźwięków mowy zarówno w rodzimym języku L1, jak i w języku L2.

Biorąc pod uwagę doniesienia różnych autorów, można powiedzieć, że posługiwanie się językiem L2 jest warunkowane między innymi takimi czynnikami, jak na przykład przyjęta przez mówcę bilingwalnego strategia porozumiewania się: pewna dezaktywacja języka L1 lub aktywacja języka L1 i L2 [Grosjean, 2008]. Komentując wymowę, należy uwzględniać możliwość występowania transferu fonetyczno-fonologicznego z języka L1 do L2 [Odlin, 1993; Tepperman, Bresch, Kim, Lee, Goldstein, Narayanan, 2009; por. komentarz Kurcz, 2007, s. 27–29, a także komentarz na temat interferencji Weinreich, 2007], różne ustawienia artykulacyjne i różne ISP [Honikman, 1964; Gick, Wilson, Koch, Cook, 2004] oraz odmienne strategie artykulacyjne

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

przyjmowane przez mówców bilingwalnych [Badin, Sawallis, Crepel, Lamalle, 2014]. Biorąc zatem pod uwagę różne determinanty, które wpływają na tworzenie głosek w L2, na rycinie 2 w sposób symboliczny zostały przedstawione cztery główne (ale nie jedyne) czynniki wpływające na wymowę głosek w L2.



Ryc. 2. Od czego zależy głoska w L2?

Z punktu widzenia sprawności narządów mowy istotne wydaje się uwzględnienie także innych zjawisk, na przykład niewyćwiczenie narządów mownych (lub ich części). Mam tu na myśli brak takiego treningu – z uwagi na cechy fonetyki języka L1. Zauważmy, że ten brak treningu danego narządu może być przeszkodą w uzyskiwaniu właściwej wymowy w L2. Przy czym warto dodać, że trudności tego typu mogą mieć także związek z wadami anatomiczno-czynnościowymi w obrębie przestrzeni ustno-twarzowo-gardłowej [por. Konopska, 2016; Ostapiuk, 2013; Pluta-Wojciechowska, 2011; 2013; 2014/2015; 2015a; 2015b; 2015c; Sambor, 2014; 2015a; 2015b, w druku; Pluta-Wojciechowska, Sambor, 2015; a także uwaga na ten temat Tepperman, Bresch, Kim, Lee, Goldstein, Narayanan, 2009].

Istotnym czynnikiem utrudniającym podjęcie właściwej aktywności narządów podczas wymowy całych słów może być struktura fonetyczno-fonologiczna tworzonych wyrazów w języku L2 [Maciołek, Tambor, 2012]. Nie bez znaczenia dla powodzenia w nauce jest, jak się wydaje, także konieczność – przyjmijmy ujęcie metaforyczne – pewnego „rozbicia znaku językowego" występującego w rodzimym języku L1 i przypisania znanemu znaczeniu innego obrazu fonicznego [por. Grosjean, 2008]. Wpływ na naukę wymowy generalnie mogą mieć również inne czynniki, na przykład zdolności językowe i motywacja do nauki [Kurcz, 2007, s. 25–26], wiek [por. Bialystok, Hakuta, 1999], czynniki społeczne.

Podsumowując rozważania, można przyjąć taką oto logikę:

1) za konkretnymi cechami fonetycznymi głosek odnajdujemy określone układy, pozycje i ruchy narządów mowy,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

2) głoski danego języka (a przynajmniej pewne grupy głosek) różnią się od głosek innego/innych języków, a zatem
3) wymagają odmiennych warunków progowych sprawności narządów, jakie są potrzebne, aby tworzyć głoski normatywne lub do nich zbliżone.

W świetle podjętego tematu prawdziwa wydaje się hipoteza, iż mówca może posiadać warunki anatomiczno-czynnościowe wystarczające dla prawidłowej wymowy w L1, ale niewystarczające w przypadku L2. Taka hipoteza koresponduje z uwagą takich badaczy, jak Tepperman, Bresch, Kim, Lee, Goldstein, Narayanan [2009].

Badania wymowy osób polskojęzycznych a wymowa cudzoziemców uczących się języka polskiego jako L2

Prowadzone w Polsce badania pozwalają na wniosek, że znaczna liczba polskojęzycznych dzieci i dorosłych miewa problemy z uzyskaniem normatywnej realizacji wielu fonemów, na przykład dentalizowanych i [r]. U podstaw tych trudności leżą zazwyczaj wadliwe warunki anatomiczno-czynnościowe, co pokazały badania Liliany Konopskiej [2006], Barbary Ostapiuk [2013], Danuty Pluty-Wojciechowskiej [2006; 2013], Danuty Pluty-Wojciechowskiej i Barbary Sambor [2015], Barbary Sambor [2014, 2015a; 2015b; w druku]. Do podstawowych przyczyn wad wymowy należą różnorodne wady anatomiczne narządów mowy oraz zaburzenia o charakterze czynnościowym, na przykład nieprawidłowe połykanie, oddychanie, parafunkcje.

Ustalenia wymienionych powyżej osób są istotne, gdyż wyniki ich badań dostarczają ważnych przesłanek do sformułowania kilku wniosków. Pierwszy z nich dotyczy częstości nienormatywnych realizacji fonemów w zależności od rodzaju fonemu. Na podstawie analizy wyników badań można powiedzieć, że do najczęściej wadliwie wymawianych głosek należą dentalizowane oraz [r]. Drugi ważny wniosek dotyczy tego, że wadliwa wymowa wskazanych głosek była determinowana anomaliami anatomiczno-czynnościowymi. A zatem wadliwa wymowa głosek dentalizowanych i [r] u obcokrajowców uczących się języka polskiego jako L2 może także (obok innych przyczyn, np. zaburzeń słuchu fonemowego, zaburzeń słuchu fonetycznego) wynikać z nieprawidłowych warunków anatomiczno-czynnościowych. Do tego może się dołączyć niewyćwiczenie pewnych części narządów, na przykład języka, co ma związek z tym, że w rodzimym języku nie występują głoski wymagające aktywności danej części języka.

Analizując związki przyczynowo-skutkowe, można zatem wyróżnić kilka sytuacji, a mianowicie: osoby uczące się języka polskiego jako L2 (zob. tab. 1):

1) mają nieprawidłowe warunki anatomiczno-czynnościowe, które z jednej strony powodują nienormatywne realizacje fonemów w rodzimym języku L1, z drugiej zaś wpływają na sposób realizacji fonemów języka polskiego jako L2, powodując wadliwą wymowę w L2;
2) mają warunki anatomiczno-czynnościowe wystarczające dla normatywnej realizacji fonemów języka L1, ale warunki te są niewystarczające dla normatywnej realizacji fonemów języka L2; język polski zawiera bowiem fonemy, których realizacja w postaci głosek wymaga uzyskania specyficznych układów, pozycji

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

i ruchów narządów mowy, które mogą nie występować w innych językach, także w L1; są to na przykład głoski dentalizowane dziąsłowe, które przysparzają obcokrajowcom wielu trudności.

Tabela 1. Wymowa w L1 i L2 – różne możliwości. Hipotezy

Wymowa w L1	Wymowa w L2
prawidłowa	prawidłowa
nieprawidłowa	nieprawidłowa
prawidłowa	nieprawidłowa
nieprawidłowa	prawidłowa

Z jakimi problemami mierzy się obcokrajowiec uczący się języka polskiego jako L2?

Zastanówmy się, jaki jest punkt wyjścia uczenia się języka polskiego jako L2 w przypadku obcokrajowca. Osoba taka posiada w szczególności:

1) utrwalone wzorce ruchowo-słuchowo-czuciowe głosek L1, powodujące płynność i łatwość tworzenia dźwięków języka L1, a więc utrwalone pozycje, układy i ruchy narządów mowy charakterystyczne dla przyswojonego języka L1,
2) pozycję Inter-Speech charakterystyczną dla L1,
3) utrwalone charakterystyczne połączenia głosek,
4) sprawność narządów mowy, w tym języka, związaną z wykorzystaniem określonych pozycji, kształtów i ruchów języka, a więc inercją pewnych narządów lub ich części,
5) trening w słuchowym identyfikowaniu i rozróżnianiu głosek języka L1.

Można przyjąć, że aby swobodnie wytwarzać głoski i sekwencje głosek w wyrazach w języku L2 (tu w języku polskim), obcokrajowiec powinien zdobyć różne umiejętności natury percepcyjnej i realizacyjnej, w szczególności zaś:

1) opanować nowe wzorce słuchowo-ruchowo-czuciowe głosek L2, a więc nowe pozycje, układy i ruchy narządów mowy, jakie są charakterystyczne dla L2;
2) wprowadzić też Inter-Speech charakterystyczną dla L2 dla zyskania dobrej wymowy w L2;
3) opanować nowe połączenia głosek charakterystyczne dla L2;
4) zdobyć sprawność tych narządów mowy lub ich części (w szczególności języka), jakie są potrzebne dla normatywnej wymowy głosek w L2;
5) ćwiczyć pozycje, układy i ruchy narządów mowy potrzebne dla wymowy głosek w L2; mogą to być inne części narządów niż w L1;
6) opanować umiejętność słuchowego identyfikowania i różnicowania głosek L2.

Podkreślmy, że oprócz wpływu wcześniej przyswojonego języka L1 obcokrajowiec może mieć problemy w uczeniu się głosek w L2 związane z czynnikami natury percepcyjnej i/lub natury realizacyjnej, które utrudniały już w przeszłości opanowanie języka L1. Była o nich mowa we wcześniejszej części opracowania. Zauważmy

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

jednak, że powyższe czynniki mogą wchodzić w różne sprzężenia z takimi cechami człowieka, jak na przykład:

1) poziom determinacji w nauce,
2) podatność na modalności określonego typu, co wiąże się ze sposobem uczenia się wymowy, jaki proponuje nauczyciel,
3) konieczność „rozbicia znaku językowego", co ma związek z przypisaniem znanemu pojęciu nowej formy akustycznej,
4) zdolności do opanowania języka, na przykład pamięć mechaniczna, słuchowa, zdolność artykulacyjna, zdolności do naśladowania dźwięków mowy itd. [Żydek-Bednarczuk, 2007, s. 232–233; por. Kurcz, 2005].

Jak obcokrajowcy uczeni są wymowy polskich głosek?

Nauka języka obcego obligatoryjnie musi łączyć się z nauką wymowy głosek danego języka [Derwing, Munro, 2005; Seretny, Lipińska, 2005; Żydek-Bednarczuk, 2007; Maciołek, Tambor, 2012; Szpyra-Kozłowska, 2013]. Jak wynika z lektury przedmiotowej, specjaliści stosują różne metody, na przykład:

1) ćwiczenie słuchowego identyfikowania i różnicowania głosek;
2) prezentację prawidłowej wymowy (poprzez przykład własny lub odtwarzanie filmu); wymowa jest słuchana i obserwowana przez uczących się, a następnie słuchacze są zachęcani do powtarzania;
3) bieżące korygowanie wymowy w trakcie nauki;
4) naśladowanie wymowy lektora;
5) wyjaśnianie położenia narządów mowy wraz z korzystaniem ze schematów i tak zwanych przekrojów głosek;
6) przekazywanie wiedzy o systemie fonetyczno-fonologicznym języka polskiego;
7) analizy kontrastywne różnych systemów fonetyczno-fonologicznych różnych języków [zob. np. Seretny, Lipińska, 2005; Szmidt, Castellví, 2010; Maciołek, Tambor, 2012].

Jeśli weźmiemy pod uwagę przedstawione w niniejszym artykule rozważania i metodykę postępowania logopedycznego związaną z pomocą pacjentom z zaburzeniami realizacji fonemów [Ostapiuk, 1997, 2013a; 2013b; Pluta-Wojciechowska, 2006; 2011; 2013; 2015], to trudno oprzeć się wrażeniu, że w wielu przypadkach powyższe metody mogą być nieskuteczne dla osiągnięcia przez cudzoziemców prawidłowej wymowy głosek polskich, w szczególności w przypadku wad anatomiczno-czynnościowych. Uważam, że konieczne jest włączenie metodyki postępowania logopedycznego, w tym diagnozy logopedycznej, która obejmuje dokładny opis wymowy i rozpoznanie przyczyn występujących trudności, a następnie naukę wymowy. Wskazują na to także inni badacze, chociaż używają różnych słów dla wyrażenia swoich racji [Tepperman, Bresch, Kim, Lee, Goldstein, Narayanan, 2009; Pluta-Wojciechowska, 2014; 2015; Pluta-Wojciechowska, Sambor, 2015].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Wnioski

Pilotażowe badania [Pluta-Wojciechowska, Sambor, 2015] pokazały, że niektóre trudności w realizacji polskich fonemów dentalizowanych dziąsłowych mogą wynikać z wadliwych warunków anatomicznych i czynnościowych osób uczących się języka polskiego jako L2. Analizę obserwowanych trudności należy poszerzyć o zbadanie wpływu wcześniej przyswojonego języka L1 na poznawany język L2, a także rozpoznanie warunków percepcyjnych.

Zasygnalizowany problem z pewnością wymaga dalszych badań i analiz. Uwzględnienie w badaniach wymowy cudzoziemców uczących się języka polskiego jako L2 metodologii logopedycznej lub jej elementów jest, moim zdaniem, szansą na pełniejsze poznanie przyczyn problemów w uczeniu się nowego języka – prawdopodobnie nie tylko w przypadku języka polskiego.

Bibliografia

Badin Pierre, Sawallis Tomas, Crépel, Simon, Lamalle Laurent, 2014, *Comparison of articulatory strategies for a bilingual speaker: Preliminary data and models*, Cologne, http://www.gipsalab.fr/~pierre.badin/PublisPDF_Badin_Endnote/Badin_Sawallis_Crepel_Lamalle_Bilinguism_Correct_ISSP10_2014.pdf (dostęp: 14.04.2016).

Bialystok Ellen, Hakuta Kenji, 1999, *Confounded age: Linguistic and cognitive factors in age differences for second language acquisition*, Mahwah.

Derwing Tracey M., Munro Murray J., 2005, *Second Language Accent and Pronunciation Teaching: A Research Based Approach*, "Tesol Quarterly", Vol. 39, No. 3.

Gadamer Hans-Georg, 2003, *Człowiek i język*, w: Grzegorz Godlewski (red.), *Antropologia słowa. Zagadnienia i wybór tekstów*, oprac. Grzegorz Godlewski, Andrzej Mencwel, Sulima Roch, Warszawa, s. 153–159.

Gick Bryan, Wilson Ian, Koch Karsten, Cook Clare, 2004, *Language-Specific Articulatory Settings: Evidence from Inter-Utterance Rest Position*, „Phonetica", 61, 220–233.

Grabias Stanisław, 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia", X, s. 3–20.

Grabias Stanisław, 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia", 37, s. 13–27.

Grabias Stanisław, 2012, *Mowa i jej zaburzenia*, w: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin, s. 15–91.

Grosjean François, 2008, *Studying Bilinguals*, Oxford.

Hiiemae Karen Michael, Palmer Jeffrey Bruce, 2003, *Tongue movements in feeding and speech*, „Critical Reviews in Oral Biology & Medicine", 14 (6), s. 413–429.

Honikman Beatrice, 1964, *Articulatory settings*, w: *In Honour of Daniel Jones*, London.

Konopska Liliana, 2006, *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*, Szczecin.

Kurcz Ida, 2005, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa.

Kurcz Ida, 2007, *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności*, Gdańsk.

Kurkowski Zdzisław Marek, 2013, *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*, Lublin.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Lipowski Jaroslav, 2011, *Interferencje fonetyczne we współczesnych językach zachodniosłowiańskich*, w: Ilona Koutny, Piotr Nowak (red.), *Język. Komunikacja. Informacja*, t. 6, Poznań, s. 205–215.
Łobacz Piotr, 2005, *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*, w: Tadeusz Gałkowski, Elżbieta Szeląg, Grażyna Jastrzębowska, *Podstawy neurologopedii*, Opole, s. 231–268.
Maciołek Marcin, Tambor Jolanta, 2012, *Głoski polskie. Przewodnik fonetyczny dla cudzoziemców i nauczycieli uczących języka polskiego jako obcego*, Katowice.
Odlin Terence, 1993, *Language transfer: cross-linguistic influence in language learning*, Cambridge.
Ostapiuk Barbara, 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia", 10, s. 117–136.
Ostapiuk Barbara, 2013a, *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidełku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*, Szczecin.
Ostapiuk Barbara, 2013b, *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, Szczecin.
Ostaszewska Danuta, Tambor Jolanta, 1997, *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Katowice.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2006, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*, Bielsko-Biała.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2013, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2014/2015, *Prototypowe doświadczenia orofacjalne*, „Logopedia", 43/44, s. 43–62.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2015a, *Wymowa polska „jakby ktoś gryzł szkło", czyli o trudnościach artykulacji głosek języka polskiego u obcokrajowców*, „Poradnik Językowy", 5, s. 83–94.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2015b, *On the polish language pronunciation of (L2) by the foreign speakers/learnes*, „Pedagogica Actualis", VII, Trnava, s. 386–393.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2015c, *Wymowa cudzoziemców uczących się języka polskiego jako L2 w oczach logopedy. Rekonesans zagadnień*, „Forum Logopedyczne", 23, s. 26–34.
Pluta-Wojciechowska Danuta, Sambor Barbara, 2015d, *The assesment of the biological determinants of pronunciation in foreigners learning Polish*, w: Д. А. Крячков (red.), Магия ИННО: новое в исследовании языка и методике его преподавания Материалы Второй научно-практической конференции (Москва, 24–25 апреля 2015 г.), t. 2. Издательство МГИМО–Университет, s. 187–192.
Ramanarayanan Vikram, Goldstein Louis, Byrd Dani, Narayanan Shrikanth, 2013, *An investigation of articulatory setting using real-time MRI*, „The Journal of the Acoustical Society of America", 7, s. 510–519.
Rocławski Bronisław, 2001, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk.
Rocławski Bronisław, 2005, *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*, Gdańsk.
Sambor Barbara, 2014, *Warunki anatomiczno-czynnościowe narządów mowy studentów wyższych szkół teatralnych*, „Logopedia Silesiana", 3, Katowice, s. 250–258.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Sambor Barbara, 2015a, *Zaburzone wzorce połykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*, „Logopedia", 43, s. 149–188.

Sambor Barbara, 2015b, *Mówienie z tzw. szczękościskiem – fakty i mity*, w: Danuta Pluta-Wojciechowska (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów*, Katowice, s. 157–174.

Sambor Barbara, w druku, *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Logopedyczne badanie młodych adeptów sztuki aktorskiej*, Gdańsk.

Serrurier Antoine, Badin Pierre, Barney Anna, Boë Louis-Jean, Savariaux Christophe, 2012, *Comparative articulatory modelling of the tongue in speech and feeding*, „Journal of Phonetics", 6 (40), s. 745–763.

Seretny Anna, Lipińska Ewa, 2005, *ABC metodyki nauczania języka polskiego jako obcego*, Kraków.

Szmidt Dorota, Castellví Joan, 2010, *Cechy charakterystyczne fonetyki polskiej w nauczaniu Katalończyków*, http://stel.ub.edu/labfon/sites/default/files/2010–6.pdf (dostęp: 15.01.2016).

Szpyra-Kozłowska Jolanta, 2013, *Sukcesy i porażki fonodydaktyki języka polskiego jako obcego. Uwagi postronnej obserwatorki*, „Poradnik Językowy", 2, s. 7–21.

Tepperman Joseph, Bresch Erik, Kim Yoon-Chul, Lee Sungbok, Goldstein Louis, Narayanan Shrikanth, 2009, *An Articulatory Analysis of Phonological Transfer Using Real-Time MRI*, http://sail.usc.edu/span/pdfs/tepperman2009articulatory.pdf (dostęp: 14.04.2016).

Weinreich Uriel, 2007. *Języki w kontakcie*, w: Ida Kurcz (red.), *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności*, Gdańsk, s. 43–56.

Wilson Ian, Gick Bryan, 2014, *Bilinguals use language-specific articulatory settings*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research" (JSLHR), Vol. 57, s. 361–373.

Żydek-Bednarczuk Urszula, 2007, *Bilingwizm w badaniach glottodydaktycznych, społecznych i kulturowych*, w: Aleksandra Achtelik, Jolanta Tambor (red.), *Sztuka czy rzemiosło? Nauczyć Polski i polskiego*, Katowice, s. 223–237, http://sjikp.us.edu.pl/pliki/ksiazki/urszula_ zydek_bednarczuk.pdf (dostęp 4.01.2016).

Summary

The paper focuses on the issue of the pronunciation in adult learners of Polish as a foreign language. Various factors having impact on the difficulties in pronouncing certain Polish sounds are listed, while pointing at the necessity of introducing the methods used in speech therapy in certain cases of speech difficulties in adult learners of Polish as a foreign language.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Barbara Sambor
Uniwersytet Śląski w Katowicach*

NIEPOŻĄDANE CECHY FONETYCZNE SAMOGŁOSEK A ZABURZENIA CZYNNOŚCI PRYMARNYCH U OSÓB DOROSŁYCH

NON-NORMATIVE PHONETIC FEATURES IN VOWELS PRODUCTION AND PRIMARY FUNCTION DISORDERS IN ADULTS

Słowa kluczowe: połykanie, pozycja spoczynkowa języka, strategie kompensacyjne, samogłoski.
Keywords: swallowing, tongue at rest posture, compensatory strategies, vowels.

Wstęp

Współwystępowanie zaburzeń realizacji fonemów spółgłoskowych z nieprawidłowym wzorcem połykania i pozycji spoczynkowej języka podczas oddychania opisywano już w literaturze przedmiotu. Występowanie niektórych niepożądanych cech fonetycznych wydaje się być powiązane z konkretnym typem połykania i/lub pozycji spoczynkowej języka; do takich cech należeć mogą na przykład międzyzębowość i dorsalność w wadliwych realizacjach fonemów spółgłoskowych [Mackiewicz, 1998; 2002; Stecko, Hortis-Dzierzbicka, 2000; Pluta-Wojciechowska 2009; 2013; Sambor 2014/2015], co wydaje się potwierdzać tezę Danuty Pluty-Wojciechowskiej nie tylko o istnieniu strategii kompensacyjnych prymarnych i sekundarnych, lecz również o tym, że strategie kompensacyjne prymarne określają charakter strategii sekundarnych, czyli fonetycznych[1].

Dość rzadko jednak dotychczas badano budowę artykulacyjną samogłosek, być może przyjmując z założenia, że zniekształcenia ich budowy nie skutkują zaburze-

* Wydział Filologiczny, Instytut Języka Polskiego im. Ireny Bajerowej, Pl. Sejmu Śląskiego 1, 40-032 Katowice.

1 „Strategia kompensacyjna prymarna dotyczy zastępczych układów, pozycji i ruchów narządów przestrzeni ustno-twarzowej występujących podczas czynności prymarnych, takich jak oddychanie, jedzenie i picie, i wiąże się z dysfunkcją tych czynności spowodowaną działaniem czynników patogennych […] strategia kompensacyjna sekundarna dotyczy zastępczych układów, pozycji i ruchów narządów mowy podczas zaburzeń realizacji fonemów" [Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 311].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

niami w ocenie audytywnej[2]. Z praktyki logopedycznej wynika jednakże, że zniekształcenia w realizacjach fonemów samogłoskowych nie należą do rzadko spotykanych i nieistotnych w przebiegu terapii. Można wręcz powiedzieć, że samogłoski są „pomostem", częścią wspólną pomiędzy artykulacją i fonacją: prawidłowa budowa artykulacyjna samogłosek warunkuje nie tylko ich dobre brzmienie i wyrazistą wymowę, lecz również tworzy korzystne warunki dla powstawania rezonansu i fizjologicznej pracy mięśni krtani.

Przedmiotem prezentowanych tutaj badań będzie więc analiza powiązań pomiędzy zaburzeniami budowy artykulacyjnej samogłosek a poszczególnymi wzorcami połykania i pozycji spoczynkowej języka podczas oddychania.

Materiał i metody

Badana grupa składała się z 42 osób dorosłych, cechujących się normatywnymi warunkami anatomicznymi przy jednoczesnym zaburzonym wzorcu połykania i/lub pozycji spoczynkowej języka podczas oddychania (w skrócie: PSJ). 28 osób z tej grupy to osoby o addentalnym typie połykania i pozycji spoczynkowej języka (z tłoczeniem na siekacze lub bez), a 14 osób prezentowało dorsalny wzorzec połykania i PSJ[3] [por. Pluta-Wojciechowska, 2013; Sambor 2014/2015].

Grupę kontrolną stanowiło natomiast 35 osób dorosłych bez stwierdzonych zaburzeń anatomiczno-czynnościowych w obrębie przestrzeni orofacjalnej (z prawidłowymi warunkami zgryzowymi, normatywnym wędzidełkiem języka, prawidłową budową warg, policzków, podniebienia twardego i miękkiego itd., o dojrzałym typie połykania i pozycji spoczynkowej języka).

Wszyscy badani posługiwali się językiem ogólnopolskim, bez wyraźnych cech wymowy gwarowej, mogącej wpłynąć na zmiany w budowie artykulacyjnej samogłosek. Osoby dwujęzyczne i z zaburzeniami słuchu (fizjologicznego i/lub fonemowego) zostały wykluczone z badań. Obie grupy (łącznie 77 osób) wyprofilowano spośród przebadanych 331 osób dorosłych; u pozostałych uczestników badań, niezakwalifikowanych do niniejszej analizy, stwierdzono zaburzenia strukturalne (wady zgryzu, ankyloglosję, wady podniebienia miękkiego), które mogłyby determinować nienormatywną wymowę samogłosek.

Ułożenie języka w trakcie artykulacji samogłosek oceniano metodą wzrokowo-słuchową i eksperymentalną (przyjmując opisane wyżej założenia dla każdej z samogłosek) obecność lub brak rezonansu nosowego sprawdzano za pomocą prób

2 Por. polemiki z tą tezą, zawarte m.in. w pracach: Ostapiuk, Konopska, 2006; Ostapiuk, 2006; Pluta-Wojciechowska, 2010; Sambor, 2013; 2015.

3 Addentalnym wzorcem połykania i pozycji spoczynkowej języka określono ogólnie takie typy połykania i PSJ, w których uszczelnienie przednie osiągane jest przez kontakt apeksu z wewnętrzną stroną siekaczy górnych lub na wysokości krawędzi siekaczy dolnych – z tłoczeniem lub bez; wzorzec dorsalny obejmuje te typy połykania i PSJ, w których apeks znajduje się jeszcze niżej, oparty o językową powierzchnię dolnych siekaczy, ich nasadę, dolne dziąsło lub wręcz dno jamy ustnej, i nie bierze udziału w wytwarzaniu uszczelnienia przedniego [Sambor, 2014/2015].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Czermaka i Gutzmanna [Obrębowski, Kraśny, 2000; Pluta-Wojciechowska, 2015]. Badano samogłoski w izolacji, podczas przedłużonej fonacji samogłoski, podczas kilkukrotnego wymawiania danej samogłoski *staccato*, oraz ruchy i pozycje narządów artykulacyjnych podczas przechodzenia pomiędzy kolejnymi samogłoskami według schematu: *A – E – Y – I* oraz *A – O – U*. Każdą z wyżej wymienionych prób powtórzono trzykrotnie.

Ocenę połykania i pozycji spoczynkowej języka przeprowadzono w kilku etapach: badano połykanie wody, jogurtu i przeżutego opłatka z domkniętymi wargami, przełykanie półpłynnego pokarmu z rozchylonymi wargami, przełykanie śliny z rozklinowanymi poziomo ułożoną szpatułką zębami przedtrzonowymi. Pozycja spoczynkowa języka oceniana była w następujących próbach: obserwowano ruch języka po przełknięciu[4], obserwowano pozycję spoczynkową języka, rozchylając lekko wargi badanej osoby oraz starając się odtworzyć szparę spoczynkową w przypadku jej braku (szczegółowy opis metod logopedycznego badania połykania i pozycji spoczynkowej języka, jak również opis zaburzonych wzorców połykania i pozycji spoczynkowej języka u osób dorosłych zawarto w innej publikacji – Sambor, 2014/2015; por. również: Mackiewicz, 2002; Wędrychowska-Szulc, 2001; Pluta-Wojciechowska, 2009; 2013). U badanych 77 osób ułożenie języka w trakcie ustnej fazy połykania było tożsame z pozycją spoczynkową języka.

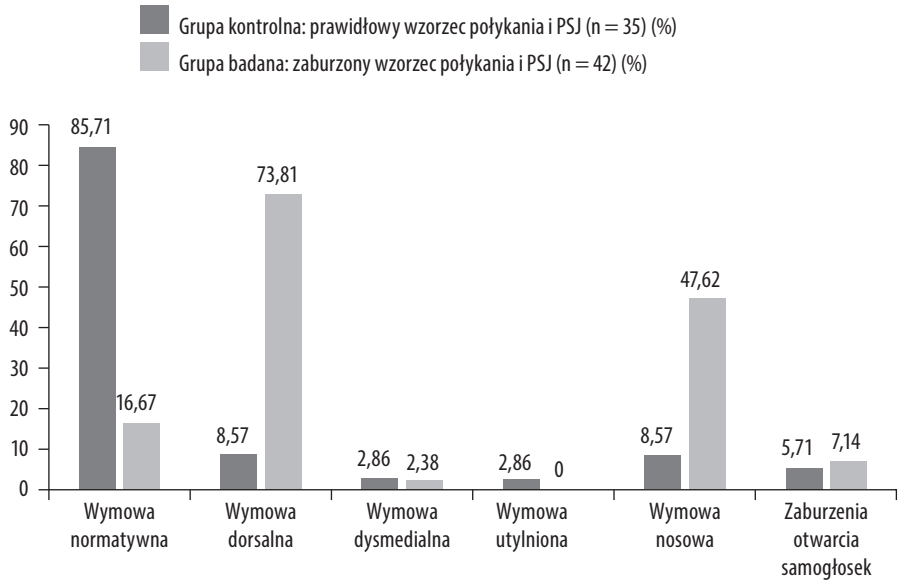
U kilku osób odnotowano asymetrię języka w trakcie połykania i pozycji spoczynkowej – zaburzenia ułożenia języka w płaszczyznach: poziomej i pośrodkowej. Kwestia ta wymaga jednak dalszych badań i nie będzie przedmiotem niniejszej analizy.

Wyniki badań

W grupie badanej, czyli wśród osób z zaburzonym wzorcem połykania i PSJ, aż u 83,33% badanych odnotowano nienormatywne pozycje języka podczas artykulacji samogłosek, a prawidłową ich wymowę zaledwie u 16,67% osób. W grupie kontrolnej proporcje te są odwrotne (85,71% osób wymawia prawidłowo, 14,29% nienormatywnie). Szczegółową analizę częstości występowania poszczególnych cech fonetycznych w obu grupach przedstawiono na rycinie 1.

4 W badaniach przeprowadzonych wśród wszystkich uczestników badań (331 osób) wynotowano następujące możliwe ruchy i pozycje języka po przełknięciu: pozostaje za górnymi siekaczami, zatrzymuje się na górnych siekaczach, pozostaje lub opada za dolne siekacze lub na dolne dziąsła, tłoczy na siekacze górne lub dolne, traci uszczelnienie boczne, przyjmuje pozycję asymetryczną, opada płasko na dno jamy ustnej lub do pozycji z *mediodorsum* lub *postdorsum* przylegającym do podniebienia (odpowiednio: twardego lub miękkiego), lecz z apeksem ułożonym nisko itd.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666



Ryc. 1. Niepożądane cechy fonetyczne samogłosek w zależności od wzorca połykania i pozycji spoczynkowej języka podczas oddychania (PSJ)

Źródło: opracowanie własne.

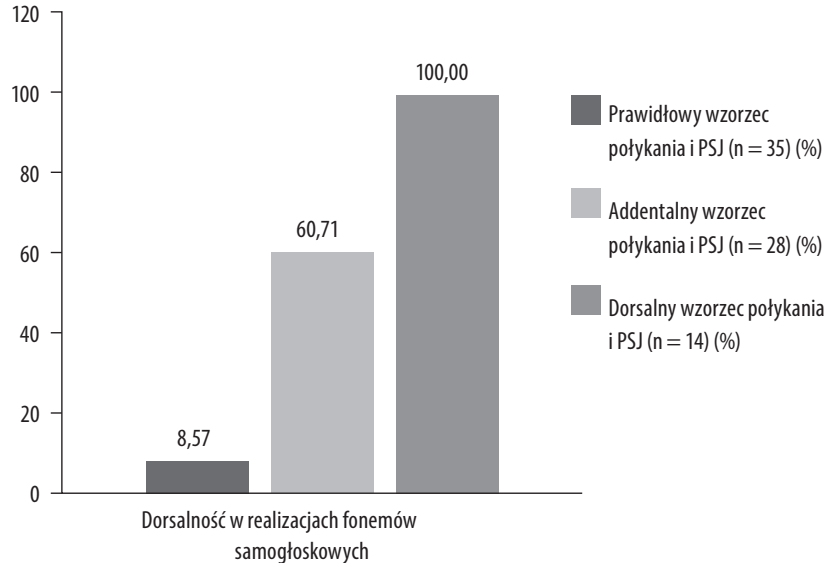
Najczęściej obserwowaną niepożądaną cechą fonetyczną była dorsalność[5]. W grupie badanej wymowę dorsalną (przynajmniej jednej z samogłosek) prezentowało niemal 74% osób. Dla porównania – odsetek osób z niepożądaną dorsalnością wyniósł w grupie kontrolnej 8,57%. Inne odstępstwa od prawidłowego ułożenia języka występowały zdecydowanie rzadziej i obejmowały takie układy, jak: wklęsłe i utylnione ułożenie języka oraz asymetryczną pozycję języka (obserwowaną tylko w trakcie fonacji). Częstość występowania tych cech jest porównywalna w obu grupach; jednocześnie nie znaleziono również zależności pomiędzy nieprawidłowym wzorcem połykania i/lub PSJ a zaburzeniami otwarcia samogłosek, czyli mówieniem z tak zwanym szczękościskiem[6]. Jak wynika z dotychczas przeprowadzonych badań, brak

5 Dla potrzeb niniejszej publikacji artykulację samogłosek z apeksem wpartym w nasadę dolnych siekaczy, dolne dziąsła lub skierowanym w dno jamy ustnej określa się ogólnie jako wymowę dorsalną [por. Ostapiuk, Konopska, 2006; Konopska 2007; Trochymiuk, Święciński, 2009]. Określenie to nie oddaje oczywiście mnogości odmian takich artykulacji; różnic wynikających m.in. z odmiennych pozycji i napięcia apeksu języka, kształtu grzbietu języka itd. Do kategorii tej (wymowy dorsalnej) zakwalifikowano wszystkie osoby, u których realizacja przynajmniej jednego fonemu samogłoskowego nosiła cechy dorsalności – braku wzniesienia przedniej części języka, czyli apeksu i *praedorsum* (najczęściej dotyczyło to realizacji fonemu |i|).

6 Por. również termin Barbary Ostapiuk: dysadentalizacja – czyli zaburzenie naturalnego oddalenia żuchwy od szczęki [Ostapiuk, 2013, s. 103]. B. Ostapiuk zauważa, że brak prawid-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

odpowiedniego odwiedzenia żuchwy podczas wymawiania samogłosek wiąże się raczej z innymi zaburzeniami, takimi jak dysfunkcje układu ruchowego narządu żucia, ankyloglosja lub obie, nakładające się na siebie nieprawidłowości [por. Ostapiuk, 2006; 2013; Pluta-Wojciechowska, 2010; Sambor, 2013; 2014/2015].



Ryc. 2. Częstość występowania niepożądanej dorsalności w realizacjach fonemów samogłoskowych w zależności od wzorca połykania i pozycji spoczynkowej języka

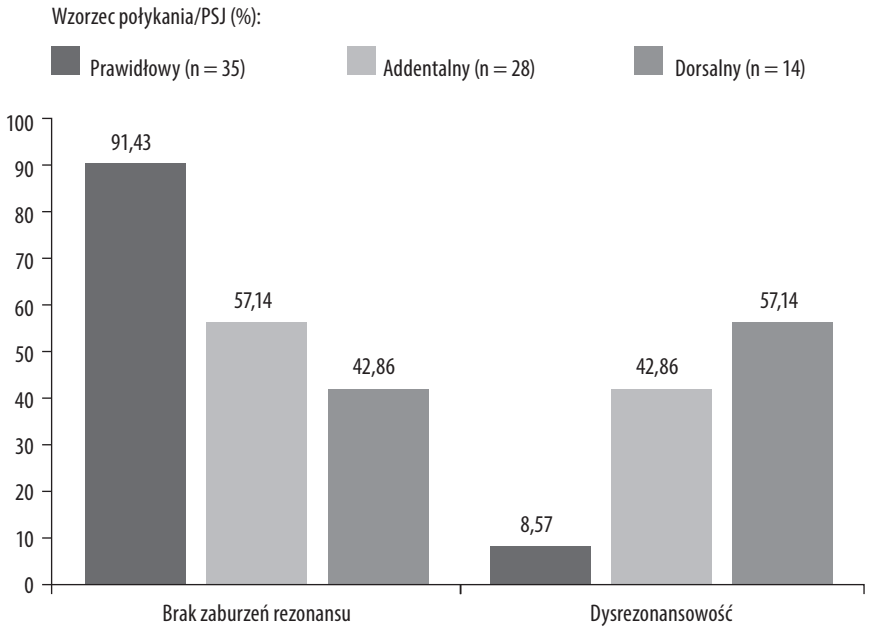
Źródło: opracowanie własne.

Dorsalność wystąpiła u 8,57% osób z grupy kontrolnej, u 60,71% osób z addentalnym wzorcem połykania/PSJ i u wszystkich osób z dorsalnym wzorcem połykania/PSJ. U osób z normatywnym i addentalnym połykaniem cecha ta obserwowana była najczęściej podczas realizacji jednego fonemu: |i|. Inaczej w przypadku osób z połykaniem dorsalnym – tu cecha dorsalności często dotyczyła większości lub wszystkich samogłosek (np. realizacje fonemów |a|, |e|, |y|, |i| z apeksem poniżej dolnych dziąseł lub zawiniętym w kierunku ślinianki podjęzykowej, przy bardzo wysokiej pozycji *postdorsum*).

Jak pokazano na rycinie 1, u ponad 47% osób z grupy badanej samogłoski posiadały zabarwienie nosowe (potwierdzone dodatnimi wynikami w próbach Czermaka i Gutzmanna). W grupie kontrolnej zjawisko to występowało sporadycznie – u 8,57% badanych. Szczegółową analizę współwystępowania zaburzeń rezonansu samogłosek z poszczególnymi wzorcami połykania i PSJ ujęto na rycinie 3.

łowego odwiedzenia żuchwy dotyczyć może nie tylko samogłosek, lecz i innych głosek, przy których konieczne jest zwiększenie przestrzeni artykulacyjnej poprzez swobodne oddalenie żuchwy od szczęki (np. przy artykulacji głosek [l] i [r]) [Ostapiuk, 2006; 2013].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666



Ryc. 3. Częstość występowania niepożądanej nosowości samogłosek ustnych (dysrezonansowości) w zależności od wzorca połykania i PSJ

Źródło: opracowanie własne.

Obecność niepożądanego rezonansu nosowego podczas artykulacji samogłosek ustnych również dotyczyła głównie wybranych głosek – najczęściej przepływ powietrza przez jamę nosową ujawniał się podczas fonacji samogłosek wysokich [u], [i] oraz niskiej [a] (artykułowanej często z wysokim ułożeniem korzenia języka, bardzo niskim ułożeniem apeksu; pozycja taka sprzyja uaktywnieniu mięśnia obniżającego podniebienie miękkie, czyli mięśnia podniebienno-językowego, utrudniając tym samym jego antagonistom wzniesienie podniebienia). Warto w tym miejscu nadmienić, że u żadnej z badanych osób nie zaistniały nieprawidłowości dotyczące budowy podniebienia miękkiego, a na możliwość osiągnięcia prawidłowego zwarcia podniebienno-gardłowego wskazuje również fakt, iż niepożądany rezonans nosowy nie pojawił się w trakcie artykulacji żadnej ze spółgłosek ustnych.

Dyskusja

Cechą dystynktywną, warunkującą różnicowanie fonemów samogłoskowych, jest pozycja języka przyjmowana podczas realizacji danego fonemu, rozpatrywana w dwóch płaszczyznach: pionowej i poziomej, oraz zaokrąglenie warg (wydłużenie rezonatora ustnego) lub jego brak [Strutyński, 1997; Ostaszewska, Tambor, 2000]. Sześć polskich samogłosek ustnych układa się wokół czworoboku samogłoskowego

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

[Rocławski, 2010] – poczynając od centralnej i niskiej pozycji samogłoski [a], obserwujemy wznoszenie się przodu (przednio-środkowej części) języka do samogłosek przednich (średniej [e] i wysokiej [i]), wypłaszczenie uniesionej przednio-środkowej części języka przy [y][7] lub wzniesienie *postdorsum* – do samogłosek tylnych (średniej [o] i wysokiej [u]). Ułożenie języka zmienia wymiary rezonatorów w obrębie traktu głosowego, wspólnie z aktywnością warg wpływając na uzyskanie różnych częstotliwości rezonansowych traktu (co w akustyce określa się jako formanty samogłoskowe [Wierzchowska, 1971; Titze, 2000]), czyli mówiąc wprost: na różnicowanie barwy poszczególnych samogłosek.

Mylącą zatem jest dość często spotykana sugestia, iż język podczas artykulacji samogłosek „spoczywa" na dnie jamy ustnej bez żadnej aktywności mięśniowej. W przypadku każdej samogłoski aktywizacji ulegają określone mięśnie języka, pozycjonując go i nadając mu określony kształt [Zsiga, 2013]. Podczas artykulacji polskich samogłosek najniższą pozycją apeksu jest pozycja w trakcie artykulacji samogłoski [a], choć wydaje się, iż jest to raczej pozycja apeksu luźno spoczywającego przy powierzchni językowej koron dolnych siekaczy, a nie – jak to można zobaczyć na niektórych rentgenogramach – opartego na ich nasadzie, dolnych dziąsłach czy dnie jamy ustnej (czyli z nadmiernym uaktywnieniem mięśni bródkowo-językowego tylnego i podłużnego dolnego).

Znaczne nawet zniekształcenia budowy artykulacyjnej samogłosek (asymetryczne ułożenie języka, dorsalność) mogą nie zostać rozpoznane w audytywnej analizie[8], choć z analizy badań akustycznych wynika, że w wraz ze zmianą budowy artykulacyjnej zmienia się struktura formantowa samogłosek [Garczyńska, 2013; Sambor, 2016]. Wiąże się to z faktem, iż – jak już wspomniano – różnice akustyczne pomiędzy poszczególnymi samogłoskami zależeć będą od relacji pomiędzy odległością od źródła dźwięku (krtani) do najwyżej położonej części grzbietu języka (największego przewężenia traktu głosowego), i pomiędzy tym punktem a wargami [Ladefoged, Ferrari Disner, 2015], czyli inaczej rozmiarem odpowiednio tylnego i przedniego odcinka traktu głosowego. Tę różnicę w układach poszczególnych samogłosek osiągnąć można, używając różnych partii języka. Przykładowo uwypuklając i wypychając *mediodorsum* mocniej w kierunku przedniej części podniebienia twardego, można zrekompensować brak aktywności *praedorsum*, skrócić przedni odcinek rezonatora i osiągnąć częstotliwości rezonansowe mieszczące się w normie właściwej dla re-

7 W przypadku opisów budowy artykulacyjnej [y] można spotkać rozbieżności – niekiedy opisuje się budowę tej samogłoski jako przednią wysoką, pośrednią miedzy [e] a [i] [por. np. Wierzchowska, 1971, Ostaszewska, Tambor, 2001], inni autorzy definiują ją jako samogłoskę bardziej centralną – ułożoną pomiędzy [i] a [u] [Dłuska, 1986, Strutyński, 1999, Rocławski, 2010]. Rozbieżności te wynikają z regionalnych różnic wymawianiowych – w różnych regionach Polski fonem |y| realizowany bywa w odmianach szerszych i węższych [por. Dłuska, 1986].

8 Zjawisko to, zwane polimorfizmem samogłosek, Maria Dłuska tłumaczy następująco: „ścisły związek między brzmieniem samogłosek a akustycznymi właściwościami rezonatora oraz zależność tych ostatnich od jego długości, kształtu i wielkości jego otworu, tj. od trzech czynników, dających się kombinować rozmaicie; z wzajemnym potęgowaniem, osłabianiem lub kompensowaniem – powoduje bardzo ważną właściwość artykulacyjną samogłosek, zwaną polimorfizmem" [Dłuska, 1986, s. 46].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

alizacji fonemu |i| – pomimo odbiegającego od polskiej normy fonetycznej ułożenia języka. Podobnie silnie dotylnym ruchem języka można do pewnego stopnia skompensować mniejszą aktywność warg przy samogłoskach labiowelarnych; obniżając żuchwę lub zwężając gardło, wpłynąć na podwyższenie pierwszego formantu i uzyskać brzmienie samogłoski [a] pomimo wysokiej pozycji korzenia języka itd. Oczywiście zmiany te niosą ze sobą zmianę ułożenia i napięcia mięśni podniebienia miękkiego oraz zwieraczy i dźwigaczy gardła.

W takim wypadku można sobie zadawać pytanie: „Czy budowa artykulacyjna samogłosek ma jakiekolwiek znaczenie, skoro teoretycznie mówca jest w stanie, uruchamiając strategie kompensacyjne, uzyskać pożądany efekt audytywny?".

Wydaje się, że owa opisywana powyżej polimorficzna natura samogłosek może maskować pewne zaburzenia, które w rzeczywistości nie pozostają bez znaczenia dla całego procesu artykulacyjno-fonacyjnego[9]. Niektóre strategie kompensacyjne, jakkolwiek pozornie skuteczne, mogą jednak wiązać się z nadmiernym napięciem mięśni języka, gardła, żuchwy (mięśni żucia) i warg. Mówca lub śpiewak, aby osiągnąć pożądany efekt dźwiękowy, zmienia warunki w obrębie traktu głosowego często w sposób niefizjologiczny, na przykład wysuwając żuchwę w trakcie artykulacji samogłoski [i], usztywniając dno jamy ustnej, zmieniając ustawienie warg, języka, krtani lub pozycję głowy, aby osiągnąć pożądany wymiar i kształt traktu głosowego. W szczególnych przypadkach, gdy masa języka niemal zamyka przejście do jamy ustnej, mówca nieświadomie uruchamia dodatkowy rezonans – nosowy – obniżając podniebienie miękkie.

Po drugie, nie należy również zapominać o zjawisku koartykulacji – osoba wymawiająca samogłoski z apeksem umiejscowionym w dnie jamy ustnej może mieć trudności z płynnym i szybkim przechodzeniem do układów koronalnych, wymaganych przy artykulacji sybilantów, a opartych na pozycji wertykalno-horyzontalnej[10] [Pluta-Wojciechowska, 2013]. Nieprawidłowe ułożenie samogłosek może opóźniać lub wręcz niweczyć działania logopedy w trakcie terapii dyslalii już na etapie ćwiczeń głoski w sylabie otwartej – przykładowo: dorsalne ułożenie samogłoski [y] sprzyja dorsalnej artykulacji [r], dorsalne lub dysmedialne [i] nie pozwala uzyskać prawidłowego, itowego i symetrycznego ułożenia miękkich sybilantów[11] itd. Na istnienie dorsalnej (grzbietowej) wymowy samogłosek zwracają uwagę Anita Trochymiuk i Radosław Święciński, pisząc: „terapia osób z podobną wadą [grzbietową wymową – przyp. B.S.] nie powinna koncentrować się wyłącznie na głoskach, które mają silnie odbie-

9 Zob. uwagi B. Ostapiuk, odnoszące się do tworzenia wadliwych głosek (w tym samogłosek) u osób z ankyloglosją [Ostapiuk, 2010/2011].

10 Pozycja wertykalno-horyzontalna to „najważniejsza prototypowa pozycja języka, wynikająca z doświadczania czynności prymarnych, wykorzystywana zarówno do pozycji spoczynkowej, jak i połykania dojrzałego […] to pionizacja szerokiego języka w jamie ustnej, podczas której język z jednej strony jest wzniesiony […] ale z zachowaniem horyzontalnego ułożenia jego przedniej części" [Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 161].

11 „Tu warto powtórzyć, że kluczem do spółgłosek ciszących jest samogłoska [i]. Od jej właściwej wymowy zależy miękkość (czyli itowość) głosek ciszących" [Rocławski, 2010, s. 270]. Zob. również: Ostapiuk, Konopska, 2006; Ostapiuk, 2010/2011.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

gające od normy brzmienie, lecz powinna obejmować zmianę ogólnej postawy artykulacyjnej" [Trochymiuk, Święciński, 2009, s. 199][12].

Analizując wyniki badań, nie sposób nie zadać sobie następującego pytania: „Z czego wynikają nienormatywne realizacje fonemów samogłoskowych u osób z grupy kontrolnej?". Liczba badanych w grupie kontrolnej jest zbyt mała, a liczba możliwych zmiennych zakłócających zbyt duża, aby wysnuwać daleko idące wnioski; poniższe rozważania mają wobec tego charakter ostrożnych hipotez. Za najczęstszą przyczynę asymetrii w tworzeniu głosek uznaje się skrócone wędzidełko języka [Ostapiuk, 2010/2011]; asymetryczna artykulacja samogłosek, niepowiązana ze skróconym wędzidełkiem języka, wynikać może z zaburzeń symetrii w obrębie kości gnykowej i powiązanych z nią bezpośrednio i pośrednio struktur mięśniowych (języka, gardła, dna jamy ustnej, mięśni szyi, mięśnia łopatkowo-gnykowego itd.[13]). Nie można wykluczyć również, że u badanych występują na przykład nieznaczne zaburzenia symetrii w obrębie podniebienia czy płaszczyzny zgryzowej, które – choć niewidoczne w standardowym badaniu logopedycznym – prowokują asymetryczną pracę mięśni języka w trakcie czynności prymarnych (np. żucia, połykania) i artykulacji. Nie sposób w wystarczającym stopniu – pomimo przeprowadzenia szczegółowego wywiadu – stwierdzić, jak dokładnie przebiegał rozwój czynności prymarnych i artykulacji u badanych osób dorosłych; jak dokładnie wyglądało ich karmienie w dzieciństwie, jak długo trwały na przykład okresy oddychania przez usta. Część z osób ma za sobą również leczenie ortodontyczne, które wpłynęło na zmianę warunków strukturalnych w obrębie jamy ustnej. Pomimo braku stwierdzonych problemów ze słuchem (fizjologicznym, fonemowym, fonetycznym) badani mogą także prezentować pewne różnice w poziomach wrażliwości i percepcji słuchowej, które wpływają na kinestetyczno-ruchowe wzorce wymowy.

Wnioski

Na podstawie zaprezentowanych wyników badań można stwierdzić, że niepożądane cechy fonetyczne w artykulacji samogłosek znacznie częściej występują u osób z zaburzonym wzorcem połykania i pozycji spoczynkowej języka niż w grupie kontrolnej (wśród osób bez zaburzeń czynności prymarnych). Wzorce motoryczne oraz sprawność mięśni języka, które wpływają na całokształt systemu fonetycznego danej osoby, kształtują się na podstawie tych samych biomechanicznych podstaw[14] co artykulacja spółgłosek. W przypadku realizacji fonemów samogłoskowych badani

12 Por. też uwagi autorów dotyczące terminologicznego rozróżnienia pomiędzy wymową dorsalną a grzbietową [Trochymiuk, Święciński, 2009, s. 174–178].

13 Szczegółowa analiza powiązań anatomiczno-czynnościowych w obrębie traktu głosowo-artykulacyjnego ujęta została w innej publikacji [Sambor, 2016].

14 „[…] prototypowe układy, pozycje i ruchy, których dziecko doświadcza w sposób skumulowany i stały podczas treningu pozycji pierwotnych […] tworzą pewnego rodzaju bazę, matrycę, wzorce ruchów, a inaczej mówiąc prototypy biomechaniczne, które – wraz z progresją innych funkcji, a także samych czynności prymarnych – zostają wykorzystane do tworzenia różnych dźwięków w torze głosowo-artykulacyjnym" [Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 156–158].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

stosują podobne, choć specyficzne dla głosek otwartych sekundarne strategie kompensacyjne, jak w przypadku realizacji fonemów spółgłoskowych [por. Pluta-Wojciechowska, 2013; Sambor, 2014/2015]. Pomijanie realizacji fonemów samogłoskowych w diagnozie i terapii logopedycznej nie znajduje zatem uzasadnienia.

Nieprawidłowe ułożenie języka, w zależności od indywidualnych uwarunkowań, wiązać się może z nieprawidłowym napięciem jego mięśni (podobnie jak w trakcie nienormatywnego połykania [Peng i in., 2003]), z zaburzeniami koordynacji ruchów języka i podniebienia miękkiego [Sambor, 2013; 2016], z wysoką pozycją kości gnykowej i krtani itd. Prawidłowa praca języka – poprzez jego bezpośrednie i pośrednie powiązania z narządem głosu – warunkuje zaś prawidłową fonację. Jak już wspomniano, istotnym aspektem w przypadku nieprawidłowego ułożenia języka w trakcie artykulacji samogłosek może być niemożność uzyskania prawidłowej pracy podniebienia miękkiego oraz pożądanej wysokości dźwięku [Titze, 2000; Sambor, 2013]. Dodatkowo, pewne zmiany w napięciu czy ułożeniu mięśni języka (np. wklęsłe ułożenie języka czy retropozycja samogłosek) mogą powodować zmiany kierunku rozchodzenia się fali głosowej, czyniąc mówcę mniej efektywnym. Oznacza to, że logopedyczna ocena budowy samogłosek powinna odbywać się w trzech wymiarach – nie tylko na podstawie analizy ruchów pionowych i poziomych języka, lecz również sposobu uformowania jego masy mięśniowej. Dbałość o dobrą budowę artykulacyjną samogłosek (zarówno pod kątem ułożenia warg, odwiedzenia żuchwy, lecz także – co dość często bywa pomijane – pozycji oraz kształtu języka) jest nie tylko istotnym aspektem w kształceniu wokalistów, śpiewaków i aktorów – może być również elementem warunkującym skuteczność terapii logopedycznej. Należy też zauważyć, iż brak ingerencji terapeutycznej w obszarze zaburzonych wzorców prymarnych (będących bazą dla procesów artykulacyjnych nie tylko w okresie rozwojowym, lecz również podstawową i najczęściej powtarzaną „matrycą" ruchu w przestrzeni ustno-twarzowej u osób dorosłych), skutkować będzie problemami z utrwaleniem prawidłowej motoryki w trakcie artykulacji.

Prezentowane badania stanowią wstęp do dalszych poszukiwań i analiz, uwzględniających między innymi ocenę samogłosek w sylabach akcentowanych, w różnych kontekstach fonetycznych. Uzyskane wyniki wymagają przeprowadzenia analizy statystycznej. W trakcie kolejnych rozważań istotne byłoby również określenie, jaki wpływ na budowę artykulacyjną samogłosek wywierają inne czynniki, takie jak na przykład wrażliwość i autokontrola słuchowa, napięcie mięśni w obrębie szyi i krtani, pozycja głowy w trakcie badania oraz ogólna postawa ciała i stan psychofizyczny mówcy.

Bibliografia

Dłuska Maria, 1986, *Fonetyka polska. Artykulacje głosek polskich*, Warszawa–Kraków.

Garczyńska Justyna, 2013, *Próba określenia normy wymowy polskich samogłosek ustnych*, wystąpienie na IX Forum Kultury Słowa, 9–11 października 2013, Szczecin.

Konopska Lilianna, 2007, *Wymowa osób z wadą zgryzu*, Szczecin.

Ladefoged Peter, Ferrari Disner Sandra, 2012, *Vowels and Consonants*, West Sussex.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Mackiewicz Bohdan, 1998, *Znaczenie pionizacji końca języka da poprawnej artykulacji głosek*, w: Bronisław Rocławski (red.), *Opieka logopedyczna od poczęcia*, Gdańsk.
Mackiewicz Bohdan, 2002, *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-połykowego*, Gdańsk.
Obrębowski Andrzej, Kraśny Jacek, 2000, *Foniatryczna ocena narządu mowy*, Poznań.
Ostapiuk Barbara, 2006, *Poglądy na temat ruchomości języka w ankyloglosji a potrzeby artykulacyjne*, „Ann Acad Med. Stet", 52 (Suppl. 3), s. 37–47.
Ostapiuk Barbara, 2010/2011, *Asymetria w tworzeniu głosek u osób z ankyloglosją*, „Logopedia", 39/40, s. 121–146.
Ostapiuk Barbara, 2013, *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, Szczecin.
Ostapiuk Barbara, Konopska Lilianna, 2006, *Realizacje fonemu samogłoskowego |i| – wstępne doniesienie z badań własnych (cz. I)*, „Logopedia", 35, s. 189–198.
Ostaszewska Danuta, Tambor Jolanta, 2000, *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Warszawa.
Peng Chien-Lun, Jost-Brinkmann Paul Georg, Yoshida Noriaki, Miethke Reiner Reginald, Lin Che-Tong, 2003, *Differential diagnosis between infantile and mature swallowing with ultrasonography*, „The European Journal of Orthodontics", 25, 5, s. 451–456.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2009, *Połykanie jako jedna z niewerbalnych czynności kompleksu ustno-twarzowego*, „Logopedia", 38, s. 119–147.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2010, *Logopedyczne badanie młodych adeptów sztuki teatralnej. Wyniki badań, analiza, komentarz*, w: Małgorzata Młynarska, Tomasz Smereka (red.), *Logopedia u progu XXI wieku*, Wrocław, s. 174–184.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2013, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji*, Bytom.
Pluta-Wojciechowska Danuta, 2015, *Analityczno-fonetyczna metoda oceny realizacji fonemów*, w: Marlena Kurowska, Ewa Wolańska (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, Warszawa, s. 64–78.
Rocławski Bronisław, 2010, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk.
Sambor Barbara, 2013, *Zaburzenia realizacji fonemów samogłoskowych u młodych aktorów – analiza przyczyn*, „Zeszyty Naukowe PWST", 5, s. 84–93.
Sambor Barbara, 2014/2015, *Zaburzone wzorce połykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*, „Logopedia", 43/44, s. 149–188.
Sambor Barbara, 2015, *Mówienie z tzw. szczękościskiem. Fakty i mity*, w: Danuta Pluta-Wojciechowska (red.), *Diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów*, Katowice, s. 157–173.
Sambor Barbara, 2016, *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Logopedyczne badanie młodych adeptów sztuki aktorskiej*, w: Barbara Kamińska, Stanisław Milewski (red.), *Logopedia artystyczna*, Gdańsk, s. 460–485.
Stecko Elżbieta, Hortis-Dzierzbicka Maria, 2000, *Seplenienie międzyzębowe – norma wiekowa czy patologia*, „Borgis – Nowa Pediatria", 1.
Strutyński Janusz, 1997, *Gramatyka polska*, Kraków.
Titze Ingo R., 2000, *Principles of voice production*, Iowa City.
Trochymiuk Anita, Święciński Radosław, 2009, *Artykulograficzne badanie wymowy grzbietowej. Studium przypadku*, „Logopedia", 38, s. 173–201.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Wędrychowska-Szulc Bożena, 2001, *Etiologia wad zgryzu*, w: Irena Karłowska (red.), *Zarys współczesnej ortodoncji*, Warszawa, s. 59–72.
Wierzchowska Bożena, 1971, *Wymowa polska*, Warszawa.
Zsiga Elizabeth C., 2013, *The sounds of language. An introduction to phonetics and phonology*, Malden.

Summary

The author carried out her research in an attempt to analyse the concomitance between the tongue's primary motor patterns (based on primary functions, like swallowing and breathing) and non-normative features in the articulation of vowels in adults. The presented study has been conducted on two groups of adults; the study group consisted of 42 patients with an incorrect swallowing and tongue at rest posture but without any coexisting structural impairments; the control group (n = 35) had no structural nor functional abnormalities. The obtained results indicate that abnormal swallowing and tongue at rest posture may lead to some disruption in vowel production, manifested by undesirable dorsality and/or nasal resonance.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Grażyna Śmiech-Słomkowska
SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny UM w Łodzi*

INTEGRACJA NARZĄDU ŻUCIA Z OBWODOWYM NARZĄDEM MOWY

INTEGRATION OF MASTICATORY SYSTEM AND VOICE ORGANS

Słowa kluczowe: narząd żucia, obwodowy narząd mowy, rozwój zgryzu.
Keywords: masticatory system, facial speech organs, development of occlusal system.

Rozważania dotyczące związków między powszechnie stosowanymi pojęciami „narząd żucia" i „narząd mowy" należy rozpocząć od kilku uwag ogólnych.

Określenie „narząd żucia" nie jest w pełni prawidłowe, nie odpowiada bowiem ściśle definicji narządu, która zgodnie z *Wielkim słownikiem medycznym Polskiej Akademii Nauk* jest następująca: „Narząd to jednostka stanowiąca całość anatomiczną i funkcjonalną; zbudowany zwykle z tkanki zasadniczej wykonującej czynność właściwą narządu i tkanek pomocniczych zespalających narząd w całość" [*Wielki słownik medyczny PAN*, 1996, s. 809]. Biorąc pod uwagę powyższą definicję, termin „narząd żucia" nie jest w pełni właściwy, pod tym pojęciem ukrytych jest bowiem wiele współdziałających elementów. Ponieważ pojęcie „narząd żucia" utrwaliło się w stomatologii, będzie ono stosowane w dalszej części pracy, należy jednak pamiętać o jego niedostatkach.

Narząd żucia jest przede wszystkim związany z układem pokarmowym, ale jego znaczenie jest szersze od funkcji przypisywanych tradycyjnie ze względu na elementy, które stanowią jego całość morfologiczno-czynnościową. Elementami tymi są: jama ustna wraz z zębami, tkankami przyzębia, tkankami miękkimi, układem kostnym twarzowej części czaszki, stawami skroniowo-żuchwowymi, mięśniami żującymi i wyrazowymi twarzy. Określenie „tkanki miękkie" jest używane w odniesieniu do warg, języka, policzków, dna jamy ustnej, podniebienia i gardła wraz z mięśniami [Richardson, 1997, s. 33]. Jama ustna jest miejscem, gdzie odbierane są wrażenia temperatury, smaku i dotyku, uczestniczy w kształtowaniu mowy, wyrażaniu nastrojów i uczuć, a w wyjątkowych sytuacjach może być także fragmentem drogi oddechowej. Określenie „narząd żucia" może być akceptowane głównie dlatego, że trafnie akcentuje ważną funkcję tkanek i narządów jamy ustnej, biorących udział w procesie żucia, czyli przyjmowaniu i rozdrabnianiu pokarmów. Pod względem anatomicznym nie jest to narząd jednolity, ale stanowią go struktury tkankowe zorientowane czynnościowo. Poza żuciem uczestniczy w czynnościach: ssania, połykania, mowy, mimiki i w pewnym zakresie oddychania [Mierzwińska-Nastalska, 2009, s. 9–10; Majewski, 2007, s. 9, 44–45].

* Instytut Stomatologii, ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Nad określeniem „narząd mowy" zastanawia się Danuta Pluta-Wojciechowska. Uważa ona stosowanie w językoznawstwie określenia „narządy mowy" za pewnego rodzaju nieścisłość. Podkreśla, że poszczególne części narządu żucia są wykorzystywane w sposób wtórny do tworzenia dźwięków mowy, a ich pierwotna funkcja ma charakter fizjologiczny i polega na przyjmowaniu pokarmów i dostarczaniu do organizmu powietrza. Dzieje się tak dlatego, że u człowieka nie występuje osobny układ kostno-mięśniowo-nerwowy, który wykorzystywany byłby tylko dla potrzeb artykulacji. Według D. Pluty-Wojciechowskiej w praktyce logopedycznej niezbędne jest zwrócenie uwagi na złożoność procesów rozwojowych kompleksu ustno-twarzowego, ponieważ „artykulacja jest najmłodszą funkcją w filogenezie" i może „być narażona na zmiany pod wpływem czynników działających w miejscu tworzenia głosek, a więc głównie w jamie ustnej" [Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 129, 190].

W warunkach fizjologicznych i przy zachowanym prawidłowym słuchu wymowa zależy od sprawnej czynności wszystkich elementów anatomicznych narządu żucia, to jest warg, zębów i ich ustawienia w łukach zębowych, a także od wzajemnych relacji łuków zębowych, miejsca języka w jamie ustnej, napięcia mięśni podniebienia miękkiego oraz położenia żuchwy w stosunku do szczęki. Należy zaznaczyć, że budowa i czynności narządu żucia kształtują się w powiązaniu z rozwojem fizycznym dziecka i są charakterystyczne dla określonego etapu rozwoju. Udział narządu żucia w kształtowaniu mowy jest wynikiem złożonej czynności poszczególnych jego elementów. Wypadnięcie jednego elementu przyczynia się do powstania określonego zaburzenia wymowy.

W okresie bezzębia niemowlęcego charakterystyczne jest płaskie podniebienie, półkoliste wały dziąsłowe oraz kontakt języka, wypełniającego w pozycji spoczynkowej przestrzeń między wałami dziąsłowymi, z błoną śluzową warg i policzków. Wysokie ułożenie krtani oraz tylne zamknięcie jamy ustnej przez zbliżenie podniebienia miękkiego z nasadą języka umożliwia jednoczesne ssanie, połykanie i oddychanie. Udrożnienie jamy ustnej dziecka natychmiast po urodzeniu powoduje przemieszczenie żuchwy wraz z językiem do dołu i ku przodowi. Język zostaje w ten sposób odciągnięty od tylnej ściany gardła, co umożliwia przedostanie się powietrza przez nos do krtani, tchawicy i do płuc. Po udrożnieniu dróg oddechowych kształtuje się bezwarunkowy odruch ssania. Mechanizm ssania polega na wytworzeniu ujemnego ciśnienia w jamie ustnej noworodka przy udziale ruchów żuchwy, mięśni warg oraz cofnięciu języka. Skurcz mięśni warg i w niewielkim stopniu mięśni pierścienia gardłowego jest cechą niemowlęcego typu połykania [Orlik-Grzybowska, 1976].

Wraz rozwojem niemowlęcia w czynności połykania stopniowo zaczynają brać udział mięśnie unoszące żuchwę. Wprowadzane do diety dziecka składniki półstałe i stałe powodują, że język musi wykonywać bardziej złożone ruchy, aby uformować kęs i przemieścić go do gardła. Ruchy żucia małego dziecka polegają na przesuwaniu żuchwy w bok podczas otwierania i powrotnym jej doprowadzeniu do linii pośrodkowej w fazie zamykania ust aż do kontaktu powierzchni zęba z pokarmem. Do czasu wyrznięcia się pierwszego mlecznego zęba trzonowego ruchy te są już utrwalone, a przymusowe ćwiczenia języka powodują zanikanie niemowlęcego typu połykania. Jednak dopóki nie zniknie odruch ssania, nie wykształci się dorosły typ połykania. Po urodzeniu kontur czerwieni wargowej jest prawie okrągły. Podczas pierwszych

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

dwóch lat życia szerokość ust podwaja się, a ich wymiar pionowy zmniejsza. Jest to wyraz przystosowania mięśni ustnych do dojrzałego typu pobierania pokarmu. Omawiając dojrzewanie mięśni twarzy, Andrew Richardson zaznacza: „niemowlęcy płacz przy urodzeniu zastępuje w wieku 6 miesięcy artykulacja prostych słów, przed 12 miesiącem życia – poszerzone słownictwo, przy czym słowa nie są z sobą powiązane" [Richardson, 1997, s. 33].

W okresie kształtowania zgryzu w uzębieniu mlecznym wyrzynają się siekacze, zęby trzonowe i kły. Czynność ssania powoli zanika, gdy w wieku 2 lat pojawiają się pierwsze zęby mleczne trzonowe. Wraz z zanikiem aktywnego ssania, infantylny typ połykania zostaje zastąpiony przez dojrzały typ połykania. Charakteryzuje się on ustaniem aktywności mięśni warg. Wargi są rozluźnione, koniec języka oparty o podniebienną powierzchnię górnych zębów siecznych, a zęby trzonowe podczas połykania są zwarte.

Resorpcja korzeni zębów mlecznych oraz fizjologiczne starcie guzków mlecznych kłów i zębów trzonowych jest przygotowaniem do wymiany zębów mlecznych na stałe. Zmienia się także ułożenie języka. W miarę wzrostu żuchwy i wyrzynania zębów wnętrze jamy ustnej na tyle się powiększa, że język cofa się za siekacze mleczne i wypełnia jamę ustną właściwą. Wymianie uzębienia zazwyczaj nie towarzyszą szczególne trudności w realizacji fizjologicznych czynności jamy ustnej, w tym także mowy. Powstanie szpary między stałymi przyśrodkowymi siekaczami w szczęce, tak zwanej diastemy fizjologicznej, jest wyrazem przystosowania przedniego segmentu łuku zębowego do ostatecznego ukształtowania pełnego uzębienia stałego.

Na cechy prawidłowego zgryzu w okresie uzębienia stałego wskazują: liczba zębów (4 siekacze, 2 kły, 4 zęby przedtrzonowe oraz co najmniej 4 zęby trzonowe w każdym łuku zębowym), zachodzenie siekaczy górnych na 1/3 wysokości siekaczy dolnych, punkty styczne między sąsiednimi zębami w łukach zębowych, ustawienie pierwszych zębów trzonowych w I klasie Angle'a, a w segmentach bocznych pokrywanie guzków policzkowych zębów bocznych dolnych przez guzki policzkowe zębów bocznych górnych. Warga dolna przykrywa przysieczną 1/3 powierzchni wargowej górnych siekaczy. Wargi zamykają światło jamy ustnej bez konieczności napięcia i bez unoszenia żuchwy z pozycji spoczynkowej. Koniec języka układa się w jamie ustnej właściwej za siekaczami, a boczne powierzchnie języka dotykają językowej powierzchni zębów bocznych.

Zrównoważenie siły i napięcia mięśni warg i policzków z siłą i napięciem mięśni języka zapewnia półkolisty kształt łuków zębowych w uzębieniu mlecznym i paraboli zębów stałych, a także wpływa na położenie żuchwy w stosunku do szczęki. We wczesnych okresach życia wolną przestrzeń jamy ustnej modeluje język [Grosfeldowa, 1981 s. 69, 160; Orlik-Grzybowska, 1976, s. 214–240; Śmiech-Słomkowska, Rytlowa, 1999, s. 11–34; Knychalska-Karwan, 2007, s. 29; Gruba, Zadurska, Siemińska-Piekarczyk, 2010 s. 7–15].

Zbudowany z mięśni wewnętrznych i zewnętrznych język bierze udział w artykulacji mowy. Istotnymi dla mowy cechami języka są: wielkość, kształt i miejsce w jamie ustnej właściwej. Tworzenie samogłosek przednich powstaje przy ruchach języka w płaszczyźnie poziomej, gdy język przesuwa się do przodu jamy ustnej, a tylnych – gdy język cofa się w głąb jamy ustnej. Przy podziale samogłosek na wyso-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

kie, średnie i niskie ich artykulacja wymaga głównie udziału mięśni opuszczających język, odpowiedniego ukształtowania gardła, jamy ustnej i jamy nosowej, które tworzą rezonator akustyczny. W artykulacji spółgłosek biorą udział głównie mięśnie unoszące język do podniebienia twardego (np. spółgłoski *d*, *t*) lub podniebienia miękkiego (np. spółgłoski *k*, *g*), przy współdziałaniu warg i języka z łukami zębowymi [Knychalska-Karwan, 2007 s. 30]. Koniec języka jest miejscem najbardziej wrażliwym na dotyk. Małe dzieci rozpoznają językiem nie tylko pokarmy, ale i otoczenie [Knychalska-Karwan, 2007 s. 24–28; Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 177].

Jednym z głównych warunków rozwoju twarzy i narządu żucia jest prawidłowa czynność oddychania. Oddychanie rozpoczyna się od pierwszego krzyku noworodka. Rytm oddechowy noworodka jest przyspieszony i nieregularny, a w czasie wdechu i wydechu zmieniają się wymiary gardła i położenie krtani. Na ustalenie położenia krtani i wymiary gardła wpływają mięśnie: dwubrzuścowy i bródkowo-językowy. Wraz ze wzrostem dziecka, a szczególnie jego szyi, obniża się położenie krtani w stosunku do podniebienia i nagłośnia nie znajduje się w bezpośrednim sąsiedztwie języczka. Oddychanie jest miarowe i ulega przerywaniu w czasie połykania i mowy. W czasie mowy i śpiewu oraz przy zwiększonym wysiłku fizycznym dodatkowym torem oddechowym jest również jama ustna [Grosfeldowa, 1981, s. 169–174; Knychalska-Karwan, 2007, s. 28–30].

Łączenie aktu oddychania z jamą ustną może wydawać się niezrozumiałe, ponieważ jest to rola jamy nosowej. Jednak to właśnie oddychanie decyduje o położeniu żuchwy i języka. W oddychanie zaangażowany jest układ mięśniowy narządu żucia (wargi, podniebienie, język). Odpowiednio wysokie ciśnienie w jamie nosowej i jamach bocznych nosa może powstać tylko wówczas, gdy podczas wdechu będzie zamknięta jama ustna, wykluczając w ten sposób dostęp przez nią powietrza do płuc. Warunkiem prawidłowego oddychania jest więc zamknięcie szpary ustnej przez swobodne zwarcie warg [Orlik-Grzybowska, 1976, s. 214–224; Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 180–181].

Rola uzębienia i mięśni narządu żucia w rozwijającej się mowie znajduje swoje odbicie w podziale dźwięków opartych na współpracy mięśni warg i języka z zębami. Prawidłowa struktura łuków zębowych wpływa na prawidłowe funkcjonowanie obwodowego mechanizmu artykulacyjnego.

Bibliografia

Gruba Joanna, Zadurska Małgorzata, Siemińska-Piekarczyk Barbara, 2010, *Wybrane zagadnienia logopedyczne. Multimedialny pakiet logopedyczny*, cz. I, II, Gliwice.

Grosfeldowa Olga (red.), 1981, *Fizjologia narządu żucia*, Warszawa.

Knychalska-Karwan Zofia, 2007, *Patologia języka*, Łódź.

Majewski Stanisław Władysław, 2007, *Gnatofizjologia stomatologiczna*, Warszawa.

Mierzwińska-Nastalska Elżbieta (red.), 2009, *Diagnostyka układu ruchowego narządu żucia. Zasady rekonstrukcji zwarcia*, Warszawa.

Orlik-Grzybowska Antonina, 1976, *Podstawy ortodoncji*, Warszawa.

Pluta-Wojciechowska Danuta, 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Richardson Andrew, 1997, *Wczesne leczenie ortodontyczne*, Warszawa.
Śmiech-Słomkowska Grażyna, Rytlowa Wanda, 1999, *Profilaktyka i wczesne leczenie ortodontyczne*, Warszawa.
Wielki słownik medyczny PAN, 1996.

Summary

Definitions of terms masticatory system and vocal organs are used as introduction to analysis of their relations. Articulation involves masticatory and respiratory systems the primary functions of which are different from generation of sounds and particularly speech. However, proper and consistent action of these systems is indispensable for generation of understandable words. The paper presents basic properties of structure and functions of masticatory system at various levels of its development. Particular attention was concentrated on all elements of mascicatory system (lips, dental arches, tongue, palate, and muscles of temporomandibular joints) on shaping mechanisms of speech.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Tomasz Woźniak
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie*

ZABURZENIA MOWY DZIECI I MŁODZIEŻY ZE SCHIZOFRENIĄ

LANGUAGE DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Słowa kluczowe: zaburzenia mowy, schizofrenia, schizofazja.
Keywords: speech and language disorders, schizophrenia, schizophasia.

W prezentowanym artykule opisuję odmienność zaburzeń mowy u dzieci ze schizofrenią w porównaniu z występowaniem patologii mowy w przypadku schizofrenii u młodzieży i dorosłych, nie tylko ze względu na wcześniejszy czas zachorowania i odmienność objawów, ale także ze względu na inną strategię terapii logopedycznej. W przypadku dzieci celem terapii jest budowanie skutecznie funkcjonującej mowy w umyśle – kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej. U młodzieży i osób dorosłych celem staje się pomoc w odbudowie umiejętności interakcyjnych i prawidłowo funkcjonującej narracji. Perspektywa widzenia tej problematyki jest zbieżna z propozycjami postrzegania zaburzeń mowy i strategii postępowania logopedycznego Stanisława Grabiasa [2000], które to propozycje także częściowo uzupełnia, wskazując schizofrenię u dzieci jako jedną z przyczyn braku wykształcania się kompetencji. Stanisław Grabias opisywał zaburzenia mowy powodowane schizofrenią tylko jako związane z rozpadem kompetencji.

Zasadnicze znaczenie dla badań zaburzeń mowy u dzieci i młodzieży ze schizofrenią ma wyróżnienie przez Helmuta Remschmidta [2001; 2004; 2005; 2012] schizofrenii o wczesnym początku (*Early-Onset Schizophrenia* – EOS, to jest przed 18. rokiem życia, przy czym główne objawy występują między 13. a 18. rokiem życia) i jego podtypu w postaci schizofrenii o bardzo wczesnym początku (*Very Early-Onset Schizophrenia* – VEOS, główne objawy pojawiają się przed 13. rokiem życia). O ile typ EOS możemy nazywać schizofrenią młodzieżową, to VEOS nazwiemy schizofrenią dziecięcą.

Wyróżnione postacie psychozy należy rozpatrywać pod kątem ich podobieństw i różnic z typami schizofrenii występującymi u osób dorosłych. Dotyczy to także opisywanej w przebiegu psychozy patologii językowej.

Występowanie schizofrenii w populacji wynosi około 1%, ale jest bardzo rzadkie u osób przed ukończeniem 12. roku życia – tylko 1% wszystkich przypadków tej choroby przypada na okres przed dojrzewaniem. Odsetek ten wzrasta do 4%

* Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, ul. Sowińskiego 17, 20-040 Lublin.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

między 13. a 15. rokiem życia [Remschmidt, 2001]. Oznacza to, że 95% zachorowań na schizofrenię występuje pod koniec lub po okresie dojrzewania, zwykle do 30. roku życia.

Wyniki badań H. Remschmidta [2011] wskazują, że przebieg i objawy schizofrenii rozpoczynającej się w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania można podsumować w następujący sposób:

1. Psychozy schizofreniczne, które pojawiają się przed ukończeniem 13. roku życia mają bardzo złe rokowanie. Choroba zazwyczaj nadal rozwija się w okresie dojrzewania i dorosłości. Postać ta może być rozpoznawana z użyciem tych samych kryteriów, które są stosowane dla dorosłych.
2. Pacjenci, u których choroba ma ostry początek, połączony z występowaniem objawów pozytywnych, takich jak halucynacje i urojenia, mają lepsze rokowanie niż ci, u których choroba zaczyna się podstępnie rozwijać, ma niekorzystny przebieg, ze stanami depresyjnymi i stale pogarszającym się funkcjonowaniem poznawczym[1].
3. Osobowość pacjenta przed zachorowaniem odgrywa ważną rolę. Pacjenci, którzy zostali wcześniej opisani jako społecznie aktywni, inteligentni i zintegrowani społecznie, mają lepsze rokowanie niż ci, którzy byli upośledzeni intelektualnie, nieśmiali, zamknięci w sobie i małomówni.
4. Rokowanie wydaje się być lepsze w przypadku pacjentów, którzy nie mają w historii rodziny przypadków schizofrenii oraz u tych, których rodziny dobrze współpracują z lekarzami.
5. Dostępne badania dotyczące przebiegu i wpływu na życie pacjenta w przypadku schizofrenii rozpoczynającej się w dzieciństwie i wczesnej młodości potwierdzają, że wpływ ten jest znacznie większy i powoduje poważniejsze konsekwencje, iż u osób dorosłych cierpiących na schizofrenię.
6. 42-letnie podłużne badania pacjentów z dziecięcą postacią schizofrenii ujawniły, że w ich przypadku wskaźnik samobójstw jest wyższy niż w przypadku pacjentów, u których zachorowanie wystąpiło w wieku dorosłym.

Na podstawie przytoczonych wyżej badań można rozpatrzyć zaburzenia mowy występujące w przebiegu psychozy schizofrenicznej jako te, które występują u dzieci oraz te występujące u młodzieży i dorosłych.

Za takim podziałem przemawia przede wszystkim wpływ choroby na mózg człowieka i jej oddziaływanie na funkcje ludzkiego umysłu. W przypadku dzieci mamy do czynienia z zaburzeniem neurorozwojowym, blokującym prawidłowy rozwój mózgu i kształtowanie się kompetencji i sprawności związanych z mową. W przypadku młodzieży i dorosłych obserwujemy rozpad kompetencji, przejawiający się przeważnie zanikiem spójności wypowiedzi oraz błędną interpretacją rzeczywistości [Woźniak, 2000; 2005; 2012].

1 Tę obserwacją można tłumaczyć faktem powiązania występowania objawów pozytywnych z zaburzeniami w funkcjonowaniu układu dopaminergicznego, co czyni te objawy podatnymi na leczenie antypsychotyczne, regulujące poziom neurotransmiterów w mózgu. Objawy negatywne (apatia, anhedonia, autyzm) mają prawdopodobnie większe powiązania ze zmianami organicznymi w mózgu, co czyni je lekoopornymi.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Ze względu na rzadkość występowania schizofrenii przed okresem dojrzewania oraz nietypowy przebieg psychozy u dzieci, zwykle pomija się problematykę zaburzeń mowy dzieci ze schizofrenią, koncentrując się na zaburzeniach mowy u dorosłych, które określa się terminem „schizofazja". W praktyce napotykamy dwa sposoby definiowania schizofazji:

1) formułowany w odniesieniu do praktyki klinicznej w psychiatrii,
2) formułowany w odniesieniu do analizy danych lingwistycznych.

Ad 1. Schizofazja to kompleks zaburzeń językowych w przebiegu schizofrenii, wyrażających się klinicznie zjawiskami z kręgu zbaczania wypowiedzi i ubóstwa jej treści, co jest klinicznym ekwiwalentem zaburzeń spójności tekstu i zubożenia syntaktyki [Czernikiewicz, 1998].

Ad 2. Schizofazja to zaburzenie mowy, które charakteryzuje się zanikiem spójności wypowiedzi, jej dezintegracją na poziomie pragmatycznym, semantycznym i formalnogramatycznym. W przeważającej liczbie przypadków schizofazję należy rozumieć jako utratę funkcji komunikacyjnej języka, występującą w przebiegu schizofrenii, szczególnie w jej przewlekłych postaciach (ICD-10, F 20) [Woźniak, 2008].

Wszystkie współczesne systemy diagnostyczne schizofrenii (DSM-V, ICD-10) zwracają uwagę na występowanie zaburzeń językowych, które stanowią jeden z podstawowych kryteriów rozpoznawania schizofrenii. Co więcej, należy przy tej okazji zwrócić uwagę na fakt, że to werbalne komunikaty osób chorych na schizofrenię stanowią najczęściej podstawę do stwierdzenia zaburzeń myślenia, dziwaczności czy nielogiczności sądów. Tak więc w świetle aktualnej refleksji naukowej umiejętność oznaczenia i pomiaru patologii językowej w schizofrenii staje się zadaniem ważnym. Można stwierdzić, że badanie i ocena komunikacji językowej stają się jednymi z najistotniejszych komponentów wspomagających pracę psychiatry. Jak wykazuje praktyka kliniczna, poziom patologii językowej, szczególnie na początku psychozy, ma istotny wpływ na rokowanie i przebieg leczenia farmakologicznego. Nie należy przy tym zapominać, że diagnoza zaburzeń mowy w schizofrenii jest tylko stwierdzeniem zaburzenia mowy, nie psychozy schizofrenicznej. Nie zawsze diagnoza schizofrenii musi zatem implikować występowanie zaburzeń językowych i odwrotnie. Co więcej, zaburzenia mowy u dzieci cierpiących na schizofrenię nie przypominają najczęściej objawów schizofazji.

Jak już stwierdzono, wczesnodziecięca postać schizofrenii ujawnia się przed 13. rokiem życia i występuje u jednej na dziesięć tysięcy osób. Fakt ten bardzo komplikuje badania zachowań językowych dzieci ze schizofrenią, ze względu na małą liczebność grup badanych.

W prowadzonych przeze mnie badaniach diagnoza zaburzeń mowy u dzieci polegała na oddzielnej ocenie zachowań dialogowych i narracyjnych.

W przypadku zachowań dialogowych (interakcyjnych) ocenia się głównie typy reakcji – dzieląc je na te, które podtrzymują komunikację, i te, które ją zaburzają.

W przypadku zachowań narracyjnych bierze się pod uwagę umiejętności budowania narracji, spójność i złożoność wypowiedzi narracyjnych, realizację linii i pola narracji, a także pamięć tekstu (zwaną w niektórych opracowaniach „renarracją").

Wnioski wynikające z analiz dyskursu dialogowego i narracyjnego dzieci ze schizofrenią, oparte na badaniach Tomasza Woźniaka i Marii Kaczyńskiej-Haładyj [2003,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

por. też: Woźniak 2005; 2012; Sulestrowska 1989; Rogala, Szabelska, 2009], są zbieżne z badaniami Rachel Caplan i współpracowników [1996; 2000]. Wskazują one na:

1) zaburzenia narracji, które polegają na znacznych trudnościach w konstruowaniu narracji lub są zaburzeniami spójności semantycznej oraz zaburzeniami poznawczymi; trudności te mogą być interpretowane za pomocą odmiennych narzędzi badawczych jako zaburzenia myślenia formalnego lub zaburzenia spójności tekstowej; występują też znaczne zaburzenia słuchowej pamięci tekstu, co bardzo ogranicza możliwości rozumienia i konstruowania tekstów narracyjnych;
2) zaburzenia interakcji językowej, które polegają na blokowaniu wymian komunikacyjnych.

Zaburzenia językowe w schizofrenii dziecięcej możemy zatem podzielić na [Woźniak, 2012]:

1) podstawowe, wśród których wyróżniamy:
   a) zaburzenia narracji (brak spójnej struktury narracyjnej tekstu, bardzo uboga narracja, niekiedy brak tekstu narracyjnego) oraz
   b) zaburzenia komunikacji w dialogu, wśród których wymienić można przede wszystkim następujące zjawiska:
      — reakcje blokujące wymianę,
      — mniej sygnałów korekty wypowiedzi błędnych,
      — wprowadzanie tematyki urojeń,
      — zaburzenia kategorii odbiorcy wypowiedzi;
2) dodatkowe, na które składają się:
   a) echolalie,
   b) fonografizm, czyli dokładne odtwarzanie usłyszanych dźwięków (z zachowaniem intonacji i akcentu – nawet w języku obcym, bez jego znajomości),
   c) nieprawidłowości w użyciu zaimków, perseweracje.

W porównaniu do obrazu schizofazji u młodzieży i dorosłych, w przypadku dzieci obserwujemy mniejszą różnorodność patologii językowej. Brakuje u nich także częstych w schizofazji objawów: zaburzeń konotacji, neologizmów, konstruowania tekstu na zasadzie podobieństwa brzmień (paronimii), rozbudowanych wypowiedzi dotyczących urojeń czy interferujących ze sobą interakcji – dostępnych intersubiektywnie i urojeniowych. Należy jednak przyjąć możliwość wystąpienia niektórych objawów schizofazji u dzieci, różne jest bowiem tempo rozwoju językowego.

W porównaniu zaburzeń mowy dzieci i dorosłych ze schizofrenią można wskazać natomiast większe nasilenie objawów negatywnych (ubytkowych, wiążących się ze zubożeniem wypowiedzi) u dzieci niż u dorosłych, szczególnie dorosłych w początkowej fazie choroby [Woźniak, 2012].

Wspólnymi zaburzeniami ujawniającymi się u dzieci i dorosłych są zaburzenia spójności wypowiedzi i kategorii odbiorcy wypowiedzi. U dzieci pojawia się czasem tematyka urojeń; nie przyjmuje ona jednak postaci rozbudowanej i ogranicza się często do świata dziecięcych fantazji, zabawek czy zwierząt.

Zaburzenia spójności dyskursu (w tym dyskursu narracyjnego) można uznać za osiowe dla zaburzeń mowy w schizofrenii, a ich przyczyn poszukiwać należy w szeroko rozumianych zaburzeniach neurofizjologicznych lub poznawczych (np. zabu-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

rzenia neurotransmisji, omamy i halucynacje, defekty pamięci operacyjnej, odmienna percepcja i interpretacja rzeczywistości, urojenia).

Dyskusji wymagają wynikające z obserwacji kwestie wzajemnych powiązań między procesem kształtowania się mowy, możliwościami umysłowymi człowieka a obrazem zaburzeń mowy w schizofrenii. W świetle prezentowanych wyników badań bardzo prawdopodobna staje się teza, że ta sama przyczyna zaburzeń, działająca w różnym czasie (biorąc pod uwagę proces kształtowania się mowy w ontogenezie), da różne objawy (por. tab. 1).

Jeżeli psychoza wystąpi po okresie opanowania podstaw języka, a przed zakończeniem rozwoju mowy, to jest między 4. a 7. rokiem życia, będą to zróżnicowane objawy zaburzeń rozumienia i użycia języka, przy ogólnym zubożeniu mowy – zaburzenia psychiczne stają się zaburzeniami rozwojowymi uniemożliwiającymi prawidłowy rozwój komunikacyjny i poznawczy. Między 7. a 13. rokiem życia wzrasta stopień opanowania mowy, ale mogą zaznaczać się pierwsze zjawiska związane z rozpadem świeżo opanowanych kompetencji. Ujawnienie psychozy po okresie dojrzewania może dać bogactwo patologii językowej, o różnym stopniu nasilenia. Będziemy obserwowali wówczas przejawy dezorganizacji i wadliwego funkcjonowania ukształtowanego umysłu. Będą one zatem dotyczyć systemu językowego, komunikacyjnego, a przede wszystkim swoistej interpretacji rzeczywistości. Jest to najbardziej widoczne w zaburzeniach narracji, w tym także występujących u dzieci i młodzieży.

Tabela 1. Zależność między objawami zaburzeń mowy a czasem ujawnienia schizofrenii

Czas wystąpienia psychozy	Objawy zaburzeń mowy
Do 4. r.ż.	Dotychczas nie stwierdzono wystąpienia schizofrenii przed 4. r.ż.
4.–7. r.ż.	Zaburzenia nabywania i użycia języka, zubożenie mowy (zaburzenia językowe stają się zaburzeniami rozwojowymi uniemożliwiającymi prawidłowy rozwój komunikacyjny i poznawczy).
7.–13. r.ż.	Zaznaczają się zaburzenia narracyjne, gramatyczne, semantyczne, pragmatyczne, następuje swoista interpretacja rzeczywistości. Duże zróżnicowanie nasilenia w różnych przypadkach.
Powyżej 13. r.ż.	Mowa funkcjonuje w pełni, prawdopodobna patologia językowa o typie schizofazji i postępujący zanik komunikacyjnej funkcji mowy.

Źródło: por. Woźniak, 2012.

Wczesny początek schizofrenii powoduje obniżoną spójność i złożoność narracji. W grupie dzieci ze schizofrenią o wczesnym początku jest tylko 60% spójnych narracji [Woźniak, 2005]. Dzieci cierpiące na schizofrenię zapamiętują jedynie 25% informacji zawartych w tekście narracyjnym, nie rekonstruują linii narracji [Rogala, Szabelska, 2009]. Budowane samodzielnie narracje cechują się niskim stopniem organizacji, są nierozbudowane.

Co ciekawe, nie zaobserwowano konstrukcji urojeniowych w przypadkach wypowiedzi dzieci ze schizofrenią o bardzo wczesnym początku. Konstrukcje takie pojawiają się dopiero z wiekiem, są już obecne u młodzieży cierpiącej na schizofrenię [Woźniak, 2005]. Powyższe obserwacje potwierdzają tezę o dominacji objawów negatywnych

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

(ubytkowych) w przypadku dzieci chorych na schizofrenię [Betts, Walker, 1987]. Są też podstawą do tezy, że do powstania urojeń konieczne jest pełne opanowanie mowy, a szczególnie zachowań narracyjnych. Bez umiejętności narracji interpretacja rzeczywistości jest niepełna, namiastkowa. Nie wykształcają się kategorie narracyjne pozwalające na rozumienie świata nawet w stopniu dostępnym refleksji potocznej.

Inaczej prezentują się zaburzenia językowe w schizofrenii u młodzieży, kiedy psychoza pojawia się w momencie, w którym system językowy jest już w pełni ukształtowany, a narracyjne rozumienie świata funkcjonuje na wysokim poziomie. Zaburzenia mowy u młodzieży są takie same jak w przypadku osób dorosłych. Jest to problem schizofazji i może być interpretowany w kategoriach przewidzianych dla standardu postępowania logopedycznego w tym przypadku [por. Woźniak, 2008].

Bibliografia

Betts Barbara, Walker Elaine, 1987, *Positive and negative symptoms in psychosis and other disturbed children*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry", 28, s. 555–567.

Caplan Rochelle i in., 1996, *Conversational Repair in Schizophrenic and Normal Children*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 35, 7, s. 950–958.

Caplan Rochelle i in., 2000, *Thought disorder in Childhood Schizophrenia: Replication and Update of Concept*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry", 39, 6, s. 771–778.

Czernikiewicz Andrzej, 1998, *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*, Lublin.

Grabias Stanisław, 2000, *Mowa i jej zaburzenia*, „Logopedia", 28, s. 7–36.

Remschmidt Helmut, 2001, *Schizophrenia in children and adolescents*, Cambridge.

Remschmidt Helmut, 2004, *Schizophrene Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter*, Stuttgart.

Remschmidt Helmut, 2005, *Kinder- und Jugendpsychiatry*, Stuttgart.

Remschmidt Helmut, Theisen Frank, 2012, *Early-onset schizophrenia*, „Neuropsychobiology", 66 (1), s. 63–69.

Rogala Katarzyna, Szabelska Elżbieta, 2009, *Badanie słuchowej pamięci tekstu u dzieci z ADHD i schizofrenią*, „Logopedia", 39, s. 229–246.

Sulestrowska Halina, 1989, *Schizofrenia u dzieci i młodzieży*, w: Aniela Popielarska, *Psychiatria wieku rozwojowego*, Warszawa, s. 171–185.

Woźniak Tomasz, 2000, *Zaburzenia języka w schizofrenii*, Lublin.

Woźniak Tomasz, 2002, *Kreatywność a destrukcja zachowań osób chorych na schizofrenię*, „Logopedia", 30, s. 143–154.

Woźniak Tomasz, 2005, *Narracja w schizofrenii*, Lublin.

Woźniak Tomasz, 2008, *Standard postępowania logopedycznego w schizofazji*, „Logopedia", 37, s. 227–234.

Woźniak Tomasz, 2012, *Zaburzenia mowy w schizofrenii*, w: Stanisław Grabias, Marek Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin.

Woźniak Tomasz, Kaczyńska-Haładyj Maria Marta, 2003, Obraz *zaburzeń językowych w schizofrenii dziecięcej*, „Logopedia", 32, s. 87–104.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Summary

The article describes language disorders occur in children with very early onset schizophrenia in comparison with the speech pathology diagnosed in adolescents and adults with schizophrenia. The conclusions of the study are applicable in programming speech-language therapy.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Ewelina Zając
Uniwersytet Łódzki*

BADANIA KOMPETENCJI KOMUNIKACYJNEJ UCZNIÓW KLAS I–III Z WYKORZYSTANIEM *LOGOPEDYCZNEGO TESTU PRZESIEWOWEGO DLA DZIECI W WIEKU SZKOLNYM* S. GRABIASA, Z.M. KURKOWSKIEGO I T. WOŹNIAKA

A STUDY OF COMMUNICATIVE COMPETENCE IN STUDENTS OF CLASSES I-III USING *SPEECH THERAPY SCREENING TEST FOR SCHOOL CHILDREN* BY S. GRABIAS, Z.M. KURKOWSKI AND T. WOZNIAK

Słowa kluczowe: kompetencja komunikacyjna, dyslalia, rozwój mowy dziecka.
Keywords: communicational ability, dyslalia, speech development at children.

Wstęp

Najważniejszym warunkiem sprawnego komunikowania się jest prawidłowe opanowanie języka przez dziecko. Mowa dzieci w okresie przedszkolnym czy wczesnoszkolnym, która rozumiana jest jako „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego" [Grabias, 2001, s. 11], była i jest przedmiotem badań pedagogów, psychologów, logopedów oraz językoznawców. Zazwyczaj głównym tematem staje się rozwój mowy dziecka, powiązany z rozwojem psychicznym i myśleniem. Dzieci doskonalą swój język w szkole, zwłaszcza na etapie nauczania początkowego, ponieważ „jednym z najważniejszych zadań szkoły podstawowej jest kształcenie umiejętności posługiwania się językiem polskim, w tym dbałość o wzbogacanie zasobu słownictwa uczniów. Wypełnianie tego zadania należy do obowiązków każdego nauczyciela" [Rozporządzenie MEN, poz. 803, s. 9].

W procesie komunikowania się biorą udział trzy rodzaje kompetencji: językowa, komunikacyjna i kulturowa. Przedmiotem rozważań jest zakres kompetencji

* Wydział Filologiczny, Katedra Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

komunikacyjnej, która rozumiana jest jako zdolność posługiwania się językiem, w sposób skuteczny i dostosowany do sytuacji, przez uczniów będących na początku kariery szkolnej oraz kończących pierwszy etap edukacyjny (klasy I–III). Pod uwagę wzięto kompetencję komunikacyjną, która odnosi się do odmienności i różnorodności ludzkich zdolności w posługiwaniu się językiem, kompetencja językowa traktowana jest zaś jako właściwość wspólna wszystkim ludziom [Shugar, Smoczyńska, 1980, s. 454].

Ponieważ proces nabywania językowej sprawności systemowej trwa do 6.–7. roku życia, wadę wymowy u dziecka najczęściej diagnozuje się po siódmym roku życia, kiedy mowa jest już ukształtowana, a system fonologiczny opanowany [Walencik-Topiłko, 2002, s. 174]. Wtedy zazwyczaj dzieci trafiają do gabinetów logopedycznych. Umotywowane jest to koniecznością opanowania kolejnych umiejętności językowych w szkole, czyli pisania i czytania, a niedokończony proces nabywania języka lub towarzyszące mu wady wymowy znacznie w tym przeszkadzają. Osiągnięcie sprawności językowej stwarza większe możliwości kształcenia oraz korzystnie wzmacnia aktywność edukacyjną [Rostańska, 2002, s. 51]. Język, który nabywany jest do końca wieku przedszkolnego, odbija i interpretuje rzeczywistość. Dziecko ustala relacje między zjawiskami, trwałe związki przyczynowe, wykorzystuje swoje doświadczenie z nowymi faktami (doświadczenie to jest niewielkie, więc często stosuje je nietrafnie) [Borowiec, 2001, s. 154]. Uczeń, który przychodzi do szkoły, nadal jest aktywnym uczestnikiem rozwoju swoich umiejętności językowych, wciąż buduje system językowy, rozwija kompetencję komunikacyjną i językową, gromadzi doświadczenia językowe oraz szuka partnera, który wejdzie z nim w interakcję [Filipiak, 2002b, s. 192], uczy się fonetyki, gramatyki i ortografii, wszystko to w zakresie mówienia, pisania i czytania. Celowe i systemowe kształcenie językowe rozpoczyna się bowiem w pierwszej klasie szkoły podstawowej. Umiejętności te doskonali się podczas całego etapu szkolnego, wykorzystując na przykład metody i techniki stymulowania aktywności językowej uczniów [Filipiak, 2002a, s. 190–201; 2002b, s. 191–206].

Grupa badawcza

Artykuł ma charakter diagnostyczny, jakkolwiek ukazuje w pewnym sensie również rozwój mowy dzieci[1] – od wstąpienia do szkoły aż po zakończenie pierwszego etapu edukacyjnego (III klasy). W syntetycznym ujęciu przedstawione zostaną właściwości języka dzieci sześcio-, siedmio-, ośmio- i dziewięcioletnich, rozumiane jako cechy swoiste dziecka, czyli różniące jego język od języka innych dzieci, na przykład starszych, umiejących pisać i czytać, lub od języka osób dorosłych [Mystkowska, 1970, s. 9]. Badaniu testem poddano 40 uczniów szkoły podstawowej (Szkoła Podstawowa im. M. Konopnickiej w Przykonie) w wieku od 6 do 9 lat, to jest od klasy pierwszej do trzeciej. Wiek badanych dzieci jest szczególnie interesujący, ponieważ wyniki testu dają orientację zarówno w zakresie sprawności językowej dziecka wstępującego do

1 W artykule zamiennie używa się określeń *dziecko* i *uczeń*, choć według *Podstawy programowej…* w przedszkolu są dzieci, a w szkole uczniowie.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

szkoły, jak i dziecka, które ma za sobą pewien okres pracy szkolnej i znajduje się na pograniczu skoku programowego. Ponadto można porównać wyniki oraz wyciągnąć wnioski z badań uczniów klas pierwszych – sześcioletnich i siedmioletnich[2]. Z każdej klasy (od I do III) zbadano 10 uczniów, po 5 dziewczynek i 5 chłopców, uczniowie zostali wybrani do badania w drodze losowania, wychowawcy nie ingerowali w wybór dzieci do testu. Wszyscy uczniowie byli w normie intelektualnej, nieimplantowani, bez wad słuchu, pochodzący ze środowiska wiejskiego, z rodzin inteligenckich oraz robotniczych.

Metoda badań

Podstawową metodą badań była analiza tekstu zapisanego na dyktafonie, gdyż jest to najbardziej skuteczny sposób badania języka (nie zniekształca wypowiedzi). Stan wymowy uczniów określano na podstawie *Logopedycznego testu przesiewowego dla dzieci w wieku szkolnym* autorstwa Stanisława Grabiasa, Zdzisława M. Kurkowskiego i Tomasza Woźniaka [2002]. Wszystkich badanych poddano następującym, odpowiednio punktowanym próbom, wchodzącym w skład czterech podtestów:

I. Badanie wymowy:
   1) nazwanie zjawisk przedstawionych na 20 obrazkach – maksymalnie 20 punktów,
   2) powtórzenie 4 zdań wypowiadanych przez badającego – maksymalnie 26 punktów.

II. Badanie sprawności narracyjnej[3]:
   1) budowanie opowiadania o krasnoludku na podstawie posiadanej przez ucznia wiedzy – maksymalnie 10 punktów,
   2) tworzenie opowiadania na podstawie czterech obrazków – maksymalnie 45 punktów.

III. Badanie motoryki narządów mowy:
   1) naśladowanie pokazywanych przez badającego ruchów języka – maksymalnie 6 punktów.

IV. Badanie percepcji dźwięków mowy:
   1) ocena słuchowa 10 par podobnie brzmiących słów – maksymalnie 10 punktów,
   2) głoskowanie 5 słów – maksymalnie 5 punktów.

Łącznie uczeń mógł uzyskać 122 punkty. Część zadań polegała na powtórzeniu za badającym wypowiadanych słów lub zdań oraz na wykonaniu krótkich poleceń. Jedynie wypowiedzi z zadań 3 i 4 to mowa monologowa ciągła, przerywana pytaniami pomocniczymi tylko wtedy, gdy pauza trwała dłużej niż 30 sekund. Chcąc pobudzić badanych do komunikatywnej wypowiedzi, przypominano jej celowość, używając między innymi zwrotów: „Mów tak, abym dobrze zrozumiała", „Pomyśl, co chcesz powiedzieć", „Zastanów się", „Mów najwyraźniej jak potrafisz".

2 Stan na rok szkolny 2015/2016.

3 Części tej nie analizowano w artykule. Będzie to tematem odrębnego tekstu.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Analiza przeprowadzonych zadań

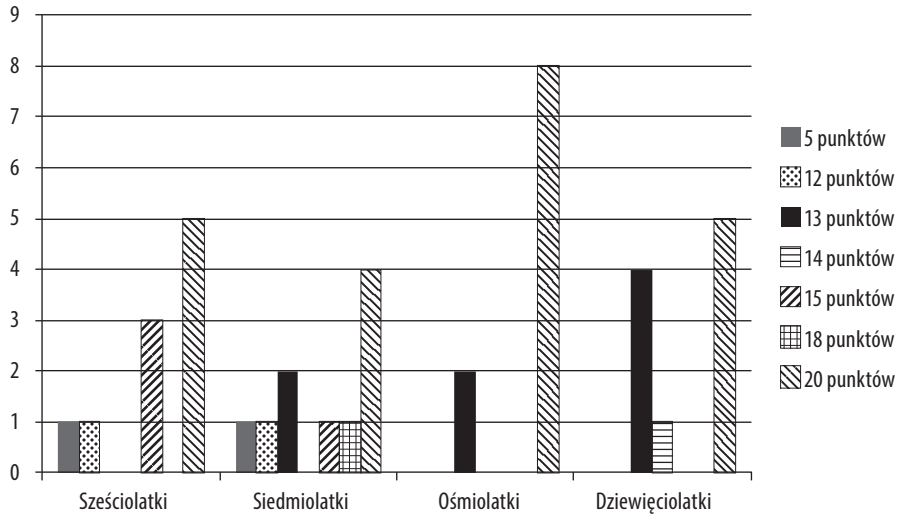
Zadanie pierwsze (nazywanie przedmiotów przedstawionych na obrazkach), z pozoru łatwe, sprawiło problem nie tylko sześciolatkom, ale i uczniom starszym (szczegółowo przedstawiono to na wykresie). Badało ono realizację trudnych w języku polskim fonemów (|ś|, |ź|, |ć|, |dź|, |s|, |z|, |c|, |dz|, |sz|, |ż|, |cz|, |dż|) i dzięki temu umożliwiło wykrycie wad wymowy. Pięcioro sześciolatków poprawnie nazwało przedmioty przedstawione na obrazkach, zachowując przy tym właściwą artykulację wszystkich głosek; u trojga, którzy zdobyli 15 punktów (na 20 możliwych) zdiagnozowano parasygmatyzm[4] (głoski *sz*, *ż/rz*, *cz*, *dż* zastępowane dźwiękami łatwiejszymi *s*, *z*, *c*, *dz*), u jednego ucznia sygmatyzm międzyzębowy i u jednego pararotacyzm (zastępowanie głoski *r* dźwiękiem *l*). Wady wymowy określa się najczęściej po 7. roku życia, jednak w badaniu diagnozowano uczniów sześcioletnich, u których proces kształtowania się i rozwoju mowy nie został zakończony. Uczniowie ci rozpoczęli edukację w szkole podstawowej, dlatego powinni mieć opanowaną mowę pod względem dźwiękowym [Bieńkowska, 2012, s. 55]. W zadaniu tym nie oceniano znajomości desygnatów, jednak uczeń powinien udzielić odpowiedzi sugerowanej przez autorów testu, gdyż tylko na podstawie takich określeń można było sprawdzić prawidłową realizację trudnych głosek polskich, synonimy nazywające przedstawione desygnaty tego nie umożliwiały. Badanym nie zostały odjęte punkty za złe nazwanie przedstawionych na obrazkach przedmiotów, badający poprawił ucznia lub nakierował go na prawidłową odpowiedź, zadając dodatkowe pytania. Nie wszyscy potrafili poprawnie nazwać przedstawione na obrazkach zjawiska, pojawiały się następujące określenia: na obrazek 3 (kosa) – *piła*, 4 (koza) – *owca*, 6 (kogut) – *kura*, 9 (guzik) – *igła*. Może to świadczyć o nieczytelności materiału obrazkowego albo o ograniczonym zasobie słownika biernego uczniów, którzy najprawdopodobniej nigdy nie spotkali się z desygnatami przedstawionymi na obrazkach, na przykład nigdy nie widzieli kozy. Dziecko w okresie wczesnoszkolnym myśli i mówi w oparciu o swoje dotychczasowe doświadczenia. W miarę ich gromadzenia selekcjonuje posiadane wyobrażenia oraz zapamiętane wydarzenia, porównuje je i zestawia [Mielech, 1996, s. 59]. Dopiero na podstawie zgromadzonych wyobrażeń i ich konfrontacji z doświadczeniem wnika w ich wzajemne związki, tworzy własne sądy oraz wiąże fakty w związki przyczynowo-skutkowe. Uczniowie sześcioletni mają niewielkie doświadczenie życiowe. Poza tym, pomimo życia w środowisku wiejskim, coraz trudniej spotkać osobę, która używałaby kosy, nawet zwierzęta gospodarskie, takie jak kury czy kozy, są rzadko spotykane na terenie, z którego pochodzą badani uczniowie (uwaga ta dotyczy również uczniów starszych).

U uczniów siedmioletnich na podstawie zadania pierwszego również zdiagnozowano wady wymowy: u dwojga pararotacyzm, u jednego mogirotacyzm, u jednego pararotacyzm i parasygmatyzm, u jednego tylko parasygmatyzm. Jeden uczeń poprawnie realizował wszystkie dźwięki, jednak zniekształcił wyrazy *krokodyl* (*trokrodyl*) i *szczotka* (*kczotka*). U czworga uczniów nie zdiagnozowano żadnej wady wymowy. Podobnie jak dzieci sześcioletnie, siedmiolatki również miały problem

4 W artykule użyto terminologii według E.M. Skorek [2001].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

z nazwaniem niektórych obrazków, pojawiły się następujące określenia: na obrazek 3 (kosa) – *siekiera*, 16 (szczotka) – *miotełka*, *zmiotka*.



Ryc. 1. Zestawienie liczbowe poprawności wykonania zadania 1

Uczniowie ośmioletni odpowiadali najlepiej wśród wszystkich badanych. Aż u ośmiorga nie zdiagnozowano żadnej wady wymowy, a u dwojga pararotacyzm. Niestety, także i dla uczniów klasy drugiej materiał obrazkowy do zadania 1 nie był czytelny, wśród odpowiedzi znalazły się następujące określenia: na obrazek 3 (kosa) – *siekiera*, 4 (koza) – *baran*, 16 (szczotka) – *miotka*, *zmiotka*. Część z tych określeń pojawiła się też u uczniów sześcio- i siedmioletnich.

U uczniów najstarszych zadanie powinno wypaść najlepiej, są oni w trzeciej klasie, więc ich mowa powinna być wyraźna, zrozumiała i poprawna, jednak jedynie u pięciorga z nich nie stwierdzono żadnej wady wymowy. U dwojga uczniów zdiagnozowano mogirotacyzm, u jednego pararotacyzm i u dwojga sygmatyzm międzyzębowy. Pojawiło się zaś mniej określeń zastępujących, to jest jedynie na obrazek 18 (truskawka) – *poziomka*.

Zadanie pierwsze w bardzo szybki sposób pozwoliło zdiagnozować wady wymowy u wszystkich uczniów. Jednak zaproponowany przez autorów materiał obrazkowy nie był zbyt czytelny, przede wszystkim dla uczniów, którzy rozpoczęli naukę w szkole podstawowej.

Zadanie drugie, które badało realizację skomplikowanych połączeń fonemowych, polegało na powtórzeniu zdań. Badający wypowiadał zdanie dwukrotnie, czasami – podczas badania uczniów najmłodszych – dzielił je na mniejsze człony. Znaczna część badanych miała problemy z zapamiętaniem zdania. Pamięć (jej pojemność) rozwija się przede wszystkim w okresie przedszkolnym, kiedy dziecko doświadcza i chce zapamiętać jak najwięcej faktów i słów, dlatego uczniowie objęci badaniem powinni mieć już w jakiś sposób ukształtowaną pamięć dowolną. Wśród sześciolatków

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

jedno dziecko nie uzyskało żadnego punktu, nie potrafiło zapamiętać całego zdania, a podczas dzielenia go na części niepoprawnie realizowało głoski w wyrazach. Dwoje uczniów uzyskało poniżej 10 punktów; pięcioro w przedziale 11–19 punktów; najwyższy wynik (21 punktów na 26 możliwych) otrzymało dwoje uczniów.

Tabela 1. Zdiagnozowane wady wymowy u badanych uczniów

	Rotacyzm	Sygmatyzm	Rotacyzm i sygmatyzm	Sygmatyzm międzyzębowy	Łącznie
Sześcioletni	1	3	0	1	5
Siedmioletni	3	2	1	0	6
Ośmioletni	2	0	0	0	2
Dziewięcioletni	3	0	0	2	5
Wszyscy	9	5	1	3	18

Podobnie wyniki przedstawiają się w grupie dzieci siedmioletnich. Również tu jeden z uczniów nie otrzymał żadnego punktu (uczeń z pararotacyzmem i parasygmatyzmem), jeden poniżej 10 punktów; sześcioro w przedziale 11–19 punktów; dwoje uczniów powyżej 20 (20 i 21 punktów). Nie widać więc większej różnicy w wynikach pomiędzy dziećmi sześcio- a siedmioletnimi.

Inne wyniki osiągnęli już ośmiolatkowie. Najniższy wynik to 12 punktów, dwa następne to 15 i 17 punktów, kolejnych siedmioro uczniów uzyskało wynik powyżej 20 punktów (dwoje po 26 punktów). Podobnie jak w zadaniu pierwszym, tak i w drugim uczniowie klasy drugiej wypadli znacznie lepiej niż uczniowie klasy trzeciej. Wśród dziewięciolatków najniższy wynik to 10 punktów i aż cztery pozostałe wyniki poniżej 20 punktów. Pięcioro uczniów uzyskało powyżej 20 punktów (tylko jeden wynik maksymalny 26 punktów).

Tabela 2. Punkty uzyskane w zadaniu 2

	Maks. wynik 26 punktów	Wynik ≥ 20	20 > wynik ≥ 10	Wynik < 10	0 punktów
Sześcioletni	0	2	5	2	1
Siedmioletni	0	2	6	1	1
Ośmioletni	2	5	3	0	0
Dziewięcioletni	1	4	5	0	0
Wszyscy	3	13	19	3	2

Zadanie piąte badało motorykę narządów mowy – języka, którego właściwa budowa oraz sprawność są konieczne do prawidłowej wymowy większości głosek (zwłaszcza głosek szumiących oraz głoski *r*). Warto jednak zwrócić uwagę, że nie wszystkie z zaproponowanych przez autorów testu prób są potrzebne do realizacji dźwięków. Niepotrzebne są zadania polegające na wysuwaniu języka poza obręb jamy ustnej (żaden dźwięk tam nie powstaje), zwłaszcza dla dzieci z międzyzębowością. Wśród dziesięciorga sześciolatków sześcioro wykonało wszystkie ćwiczenia prawidłowo, troje uzyskało po 5 punktów (dwie osoby miały problem z wysunięciem języka, jedna ze skierowaniem języka do nosa), jeden uczeń otrzymał 4 punkty (nie potrafił wysu-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

nąć języka i skierować go do nosa). Podczas próby polegającej na skierowaniu języka w prawo i lewo, badający nie pokazywał uczniom ćwiczenia, by sprawdzić, czy znają oni stronę prawą i lewą. Troje uczniów sześcioletnich pomyliło strony.

Porównywalnie z sześciolatkami wypadli uczniowie siedmioletni. Sześcioro wykonało prawidłowo wszystkie próby, a czworo otrzymało po 5 punktów (dwoje nie potrafiło skierować języka do nosa, dwoje wysunąć go). Tylko dwoje pomyliło stronę prawą z lewą.

Jeszcze lepiej wypadli ośmiolatkowie, aż dziewięcioro z nich wykonało wszystkie ćwiczenia prawidłowo, tylko jeden uczeń nie potrafił skierować języka w kierunku nosa. Również dwoje pomyliło strony.

Gorzej w porównaniu z ośmiolatkami wypadli uczniowie dziewięcioletni. Siedmioro z nich wykonało wszystkie próby prawidłowo, jeden z nich otrzymał 5 punktów (problem z „policzeniem" górnych zębów), dwoje uzyskało po 4 punkty – nie potrafili „policzyć" górnych zębów, wysunąć języka (2 osoby) oraz skierować go w kierunku nosa. Natomiast tylko jedna osoba pomyliła strony, widać więc, że wraz z wiekiem utrwalana jest orientacja stron prawa/lewa.

Powyższe próby wykazały, że uczniowie klas najniższych mają problem przede wszystkim z pionizacją języka, co przekłada się na wadę wymowy, jaką jest rotacyzm.

Zadania szóste i siódme badały percepcję dźwięków mowy. W zadaniu szóstym uczeń musiał dokonać oceny słuchowej dziesięciu par na pozór podobnych słów. Zadanie to sprawiło problem uczniom w każdej grupie wiekowej. Wśród sześciolatków nikt nie otrzymał maksymalnej liczby punktów, uzyskane punkty przedstawiają się następująco: 2 osoby – 9 punktów, 1 osoba – 8 punktów, 1 osoba – 7 punktów, 2 osoby – 6 punktów, 2 osoby – 4 punkty, 2 osoby – 3 punkty. Większość uczniów miała problem z oceną par: *mażaka – maszaka*, *rakoloka – rakoroka*, *wasasala – wacasala*.

Znacznie lepiej z tym zadaniem poradzili sobie uczniowie siedmioletni, co prawda nikt nie wykonał tego polecenia bezbłędnie, ale aż sześcioro z nich otrzymało po 9 punktów. Jeden uczeń uzyskał 8 punktów, dwoje po 6 punktów i tylko jeden 3 punkty. Tym uczniom najwięcej problemu sprawiła para wyrazów *rakoloka – rakoroka*, nie potrafili oni zróżnicować głosek *r – l*, co jednocześnie towarzyszy ich wadzie wymowy, jaką jest rotacyzm.

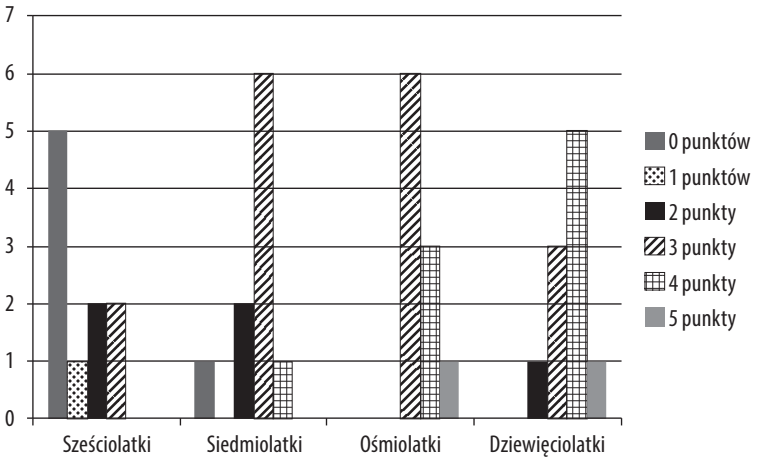
Wyniki z tego zadania u uczniów ośmioletnich są jeszcze wyższe, bo czworo z nich uzyskało maksymalną liczbę punktów, dwoje po 9 punktów, dwoje po 8 punktów i tylko dwoje najniższy wynik – po 5 punktów. W tej grupie badanych również najwięcej trudności sprawiła para *rakoloka – rakoroka*.

Niższe wyniki uzyskała grupa badanych uczniów najstarszych, wśród których tylko dwoje uzyskało po 10 punktów, pięcioro po 9 punktów, dwoje po 7 punktów i jeden 5 punktów. Z drugiej strony wyniki te są dość równe, nie ma tu tak dużej rozbieżności jak u ośmiolatków (różnica między 10 a 5 punktami). Jak podaje literatura, słuch fonemowy rozwija się najwcześniej (już w trzecim kwartale życia dziecka), dlatego dziecko trzyletnie, często już uczęszczające do przedszkola, jest w stanie odróżnić wymowę prawidłową od nieprawidłowej [Lipowska, 2001, s. 86]. Biorąc pod uwagę fakt, iż niektóre dzieci uczęszczały do przedszkola nawet trzy lata, słuch fonemowy powinien być bardziej rozwinięty, a wyniki z zadania szóstego znacznie wyższe.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Drugie zadanie badające percepcję dźwięków mowy polegało na głoskowaniu pięciu wyrazów (*meduza*, *samorodek*, *kolaborant*, *radiotelefon*, *mikroencefalopatia*). Próba ta okazała się bardzo trudna dla uczniów każdej badanej grupy wiekowej. Aż pięcioro sześciolatków nie uzyskało żadnego punktu, a najwyższy wynik to 3 punkty (2 osoby). Dwoje otrzymało po 2 punkty i jedno 1 punkt. Wśród dzieci z zerowym wynikiem dwoje nie było w stanie przegłoskować nawet swojego imienia oraz krótkich wyrazów, jak: *dom*, *kot*, *las*. Według *Podstawy programowej…* dziecko kończące wychowanie przedszkolne i rozpoczynające naukę w szkole podstawowej „układa krótkie zdania, dzieli zdania na wyrazy, dzieli wyrazy na sylaby; wyodrębnia głoski w słowach o prostej budowie fonetycznej" [Rozporządzenie MEN, 2014, s. 6]. Uczniowie sześcioletni powinni więc posiadać umiejętność podziału wyrazu na głoski. Z przeprowadzonego testu wynika, że poddane badaniom dzieci albo nie posiadają tej umiejętności, albo słowa zawarte w próbie są za trudne do głoskowania dla dzieci w wieku sześciu lat. Dlatego należałoby test zmodyfikować (np. utworzyć odrębną grupę słów dla dzieci najmłodszych lub wybrać słowa uniwersalne, które nie będą sprawiały zbyt wiele trudności także sześciolatkom), aby był on właściwy do diagnozy również dzieci sześcioletnich.

Uczniowie siedmioletni poradzili sobie lepiej, tylko jeden uczeń otrzymał 0 punktów, sześcioro po 3 punkty, jeden 2 punkty, jeden 1 punkt i jeden 4 punkty. Starsze dzieci wypadły jeszcze lepiej, wśród ośmiolatków jeden uczeń otrzymał maksymalną liczbę punktów, troje po 4 punkty i aż sześcioro po 3 punkty. Również u dziewięciolatków odnotowano jeden wynik maksymalny, pięć wyników po 4 punkty, trzy po 3 punkty i jeden z 2 punktami.



Ryc. 2. Punkty uzyskane w zadaniu 7

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Podsumowanie

Celem artykułu było przedstawienie wyników badania właściwości języka dzieci rozpoczynających naukę w szkole oraz na pierwszym etapie edukacyjnym. Chodziło o określenie cech swoistych mowy tych uczniów, ale także o wskazanie różnic między mową uczniów sześcio-, siedmio-, ośmio- i dziewięcioletnich. Zastosowanie metody porównawczej w badaniach tych czterech grup dało w rezultacie – obok zasadniczych wyników – możliwość określenia niektórych cech charakterystycznych mowy uczniów dziewięcioletnich, którzy po trzech latach nauki w szkole stanęli u progu programowego klasy IV.

Analiza dźwiękowej formy wypowiedzi wykazała, że uczniowie sześcioletni rzadko posługują się środkami językowymi zgodnymi z obowiązującą fonetyczną normą językową. Często upraszczają oni grupy spółgłoskowe, zniekształcają liczne wyrazy, a najtrudniejsze dźwięki: *sz*, *ż/rz*, *cz*, *dż* oraz *r* zastępują głoskami łatwiejszymi – *s*, *z*, *c*, *dz* oraz *l*. Okazało się również, że uczniowie sześcioletni mają problemy z analizą głoskową wyrazów – nie opanowali oni w pełni tej umiejętności. Nie potrafią też rozpoznać słów brzmiących tak samo czy słów różniących się między sobą nieznacznie, co wskazuje na zaburzenia słuchu fonematycznego.

Komunikatywność mowy opiera się przede wszystkim na prawidłowej wymowie oraz umiejętnym stosowaniu elementów techniki mówienia (tempa wypowiedzi, akcentów, pauz, zmian tonu głosu). Mowa uczniów sześcio- i siedmioletnich niewiele się od siebie różni, ponieważ siedmiolatki także zniekształcają liczne wyrazy lub szukają ich łatwiejszych synonimów. Tylko jedno dziecko z tej grupy wiekowej nie miało żadnej wady wymowy, w grupie sześciolatków wadę miało zaś aż pięcioro. W zakresie sprawności narządów mowy wszyscy uczniowie klas pierwszych (sześcio- i siedmioletni) wypadli dość dobrze, ich narządy artykulacyjne mają prawidłową budowę i są sprawne. Z pewnością należy utrwalać orientację przestrzenną, co na etapie szkolnym nie powinno już sprawiać problemów. Dzieci siedmioletnie znacznie lepiej wypadły na tle sześciolatków w zadaniach sprawdzających słuch fonematyczny oraz analizę dźwiękową wyrazów, co przekłada się na lepsze opanowanie umiejętności sprawnego czytania.

Większość uczniów ośmio- i dziewięcioletnich mówi prawidłowo i nie posiada wady wymowy, a co za tym idzie – ma sprawny aparat artykulacyjny (podyktowane jest to zapewne dłuższą terapią logopedyczną w przypadku dzieci, które wcześniej miały wady wymowy). Brak u tych uczniów zaburzeń słuchu fonematycznego.

Rozwój mowy rozpatrywany może być w dwu aspektach: ilościowym (czyli jaki jest zasób używanych słów) i jakościowym (jak zbudowane są wypowiedzi pod względem gramatycznym). Badania pokazały, że uczniowie dysponują dość szerokim zakresem słownictwa, ale nie zawsze potrafią go wykorzystać we właściwy sposób podczas tworzenia wypowiedzi, co wiązać się może z tak zwaną dojrzałością szkolną, na którą składa się rozwój: umysłowy, społecznego zachowania się dziecka i sprawności językowych [Mystkowska, 1970, s. 10]. Możne gdyby na pierwszym etapie edukacyjnym zwiększyć liczbę ćwiczeń słownikowych, frazeologicznych, uaktywniłyby one zasób słownika czynnego i biernego uczniów w młodszym wieku szkolnym. Na etapie klas młodszych zachodzi ścisły związek między zdobywanym doświadczeniem dziecka a bogactwem jego wypowiedzi. Nabyte doświadczenia, które łączą się bez-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

pośrednio z ćwiczeniami słownikowo-frazeologicznymi, wzbogacają słownik czynny dziecka oraz mają duży wpływ na bogactwo wypowiedzi ustnej.

Język dla dzieci jest nie tylko narzędziem porozumiewania się, ale również materią dźwięków – „znaczeń, którą można formować i przekształcać według własnych potrzeb, gustów, upodobań, pomysłów i wrażliwości" [Stawinoga, 2002, s. 168]. Jeśli nauczyciele i rodzice chcą osiągnąć jak najlepsze rezultaty w ćwiczeniu precyzji językowej ucznia (dziecka), od najmłodszych lat powinni podjąć pracę nad bogaceniem jego słownictwa i rozumieniem trudniejszych wyrazów. W zakresie poprawności gramatycznej należy zwrócić uwagę na budowanie przejrzystych i spójnych wypowiedzi oraz na ich brzmieniową poprawność i wyrazistość mowy. W klasach I–III należy systematycznie poszerzać zasoby słownikowe uczniów oraz wprowadzać ćwiczenia słownikowo-frazeologiczne, gdyż rozwijają one nie tylko spostrzegawczość, ale aktywizują wszystkie zmysły [Mielech, 1996, s. 72–73].

Szkoła znacząco wpływa na zmianę sposobu mówienia, systematycznie realizuje bowiem program z zakresu wiedzy o języku ojczystym. Głównym celem nauczania języka polskiego jest wdrażanie do posługiwania się językiem ogólnopolskim oraz kształtowanie sprawności w zakresie mówienia, pisania i czytania [Jakubowicz-Bryx, 2002, s. 74]. Ćwiczenia rozwijające i kształtujące mówienie pełnią rolę usługową wobec innych działów nauczania przedmiotów szkolnych. Służą wszystkim przedmiotom, począwszy od lekcji języka polskiego, poprzez zakres przedmiotów przyrodniczych i matematycznych, aż po lekcje plastyki, muzyki i wychowania fizycznego.

Bibliografia

Bieńkowska Katarzyna, 2012, *Jak dzieci uczą się mówić*, Warszawa.

Borawska Katarzyna, 2002, *Rozwijanie umiejętności narracyjnych dziecka w edukacji wczesnoszkolnej*, w: Maria Teresa Michalewska, Mirosław Kisiel (red.), *Problemy edukacji lingwistycznej. Teoria i praktyka edukacyjna w zmieniającej się Europie*, t. 1: *Kształcenie języka ojczystego dziecka*, Kraków, s. 237–250.

Borowiec Helena, 2001, *Sprawność semantyczna dzieci w wieku przedszkolnym*, w: Stanisław Grabias (red.), *Zaburzenia mowy. Mowa, teoria, praktyka*, Lublin, s. 151–158.

Filipiak Ewa, 2002a, *Konteksty rozwoju aktywności językowej dzieci w wieku wczesnoszkolnym*, Bydgoszcz.

Filipiak Ewa, 2002b, *Metody i techniki stymulowania aktywności językowej dzieci w wieku wczesnoszkolnym*, w: Maria Teresa Michalewska, Mirosław Kisiel (red.), *Problemy edukacji lingwistycznej. Teoria i praktyka edukacyjna w zmieniającej się Europie*, t. 1: *Kształcenie języka ojczystego dziecka*, Kraków, s. 191–206.

Grabias Stanisław, 2001, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, w: tenże (red.), *Zaburzenia mowy. Mowa, teoria, praktyka*, Lublin, s. 11–43.

Grabias Stanisław, Kurkowski Zdzisław M., Woźniak Tomasz, 2007, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin.

Jakubowicz-Bryx Anna, 2002, *Słownictwo wypowiedzi pisemnych uczniów klas początkowych (z badań nad opowiadaniem i opisem)*, w: Maria Teresa Michalewska, Mirosław Kisiel

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

(red.), *Problemy edukacji lingwistycznej. Teoria i praktyka edukacyjna w zmieniającej się Europie*, t. 1: *Kształcenie języka ojczystego dziecka*, Kraków, s. 73–84.
Lipowska Małgorzata, 2001, *Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym*, Kraków.
Mielech Alina, 1996, *Doskonalenie języka mówionego uczniów w okresie wczesnoszkolnym*, Białystok.
Mystkowska Halina, 1970, *Właściwości mowy dziecka sześcio- i siedmioletniego*, Warszawa.
Rostańska Eugenia, 2002, *Determinanty kształcenia językowego w klasach początkowych*, w: Maria Teresa Michalewska, Mirosław Kisiel (red.), *Problemy edukacji lingwistycznej. Teoria i praktyka edukacyjna w zmieniającej się Europie*, t. 1: *Kształcenie języka ojczystego dziecka*, Kraków, s. 51–56.
Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 30 maja 2014 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2014, poz. 803).
Shugar Grace, Smoczyńska Magdalena (red.), 1980, *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór prac*, Warszawa.
Skorek Ewa Małgorzata, 2001, *Oblicza wad wymowy*, Warszawa.
Stawinoga Renata, 2002, *Twórcze przyswajanie i używanie języka przez dziecko*, w: Maria Teresa Michalewska, Mirosław Kisiel (red.), *Problemy edukacji lingwistycznej. Teoria i praktyka edukacyjna w zmieniającej się Europie*, t. 1: *Kształcenie języka ojczystego dziecka*, Kraków, s. 163–170.
Walencik-Topiłko Anna, 2002, *Stymulacja sprawności językowej dziecka w młodszym wieku szkolnym*, w: Maria Teresa Michalewska, Mirosław Kisiel (red.), *Problemy edukacji lingwistycznej. Teoria i praktyka edukacyjna w zmieniającej się Europie*, t. 1: *Kształcenie języka ojczystego dziecka*, Kraków, s. 173–179.

Summary

The aim of this article is to study features of language at children starting to learn at school or being at the first educational stage. From the synthetical perspective there have been presented language features at six-, seven-, eight- and nine-year old children understood as characteristic features of a child, in other words its language differs from the language of other children. The age of examined children is particularly interesting because the results of the test provide us with some knowledge both, when it comes to the language efficiency of children starting school as well as those who have already been students for some time and are on the verge of the programme leap. The research shows that the students dispose of the wide range of vocabulary but they are not always able to use it properly while building an utterance what can be connected with the so-called school maturity. In the regard of sound analysis of an utterance, it is necessary to point out the knowledge of language competence consistent with operative phonetic language norm, however there often appears simplifying of the consonantal groups, distortion of numerous words as well as replacing the most difficult sounds with the easier ones.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 9956683A35376666